

GUILHERME RAMOS SENS

O MÉDICO E O CUIDAR EM SAÚDE

Um estudo de caso com clínicos e pediatras que exercem
atividades docentes em um Hospital Universitário

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

GUILHERME RAMOS SENS

O MÉDICO E O CUIDAR EM SAÚDE

Um estudo de caso com clínicos e pediatras que exercem
atividades docentes em um Hospital Universitário

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Coordenador do Curso: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima
Professor Orientador: Profa. Dra. Suely Grossemann**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

Dedico este trabalho ao meu bom Senhor Jesus Cristo, que tanto
tem me ensinado e permitido aprender.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pelo Seu amor e cuidado para comigo e para com minha família.

Agradeço a minha amada esposa pelo constante apoio, horas ausentes, formatação e revisão de meu trabalho, mesmo com minha intransigência a algumas normas. Em especial por compreender minhas limitações e erros.

Grato estou a meus pais pelo companheirismo e amizade.

Agradeço a minha orientadora Suely que aceitou meus sonhos, dirigiu minhas prolixidades e aturou profissional e cuidadosamente meus atrasos e procrastinações.

Muito obrigado à professora Zuleica Maria Patrício pelo impulso inicial, pois mesmo sem me conhecer, aceitou conversar comigo fora de seu horário de trabalho.

Grato estou a tantos professores extraordinários, verdadeiros mestres, e especialmente ao professor Marco Aurélio Da Ros por mostrar-me que outra medicina é possível.

Ao movimento estudantil de medicina (DENEM, SUL-1 e Calimed) e seus heróicos batalhadores - sempre em defesa da vida - meu muito obrigado por partilhar sonhos, processos, sentimentos e valores.

E em especial agradeço aos médicos participantes deste trabalho que me acolheram e permitiram sua realização. Bem como a todos os pacientes, professores e supervisores, equipe de enfermagem do HU e do Centro de Saúde da Fazenda do Rio Tavares, técnicos e colegas que contribuíram de alguma forma para minha jornada até aqui.

Que Deus abençoe a cada um conforme Sua maravilhosa vontade.

RESUMO

Introdução: A crise da saúde é também crise do cuidado em saúde (CS).

Objetivos: Conhecer a concepção de clínicos e pediatras de um Hospital Universitário (HU) sobre o CS e sua aplicação na prática cotidiana. Identificar a concepção e a prática sobre CS de médicos clínicos e pediatras e compará-las.

Método: Um estudo de caso entrevistando médicos clínicos e pediatras com mais de 10 anos de formação, de ambos os sexos, que exercem atividades ligadas à docência em um HU. Utilizou-se entrevista semi-estruturada em profundidade, com análise qualitativa para categorização dos dados.

Resultados: Das entrevistas emergiram conceitos de saúde e cuidado. Além de fatores que estão relacionados e que os influenciam (destacando necessidade em saúde, concepção saúde-doença, espiritualidade e formação médica). Diferença entre cuidar e curar e a prática do cuidado em seus aspectos relacionais e procedimentais também foram destacados. Situações especiais como pacientes terminais e médicos cuidando de médicos, e percepções frente às diferenças do cuidado entre pediatras e clínicos foram falas encontradas.

Conclusão: Dos entrevistados percebeu-se que o médico cuida mesmo sem saber que o faz. O pediatra é um profissional cuidador. Contribuem para isso a empatia que tem pelas crianças e durante sua formação e prática exercer mais constante e conscientemente o CS. Faz-se necessário mais momentos de práxis do cuidado nos cursos de medicina, bem como planejar correções de trajetória, aproveitando a aprendizagem pelo chamado currículo oculto.

ABSTRACT

Introduction: The crisis of the health is also crisis of the care in health (CH).

Aims: To know the clinical's conception and pediatricians of an Academical Hospital (AH) about CH and his/her application in practice daily. To identify the conception and the practice on clinical doctor's CS and pediatricians and to compare them.

Method: A case study interviewing clinical doctors and pediatricians with more than 10 years of formation, of both sexes, that exercise linked activities to the teaching in a AH. It was used interviews semi-structured in depth, with qualitative analysis for categorization of the data.

Results: Of the interviews concepts of health and care emerged. Besides factors that are related and that influence them (detaching need in health, conception health-disease, spirituality and medical formation). The difference between to take care and to cure and the practice of the care in their aspects relates and procedimentais were also outstanding. special situations as patients terminals and doctors taking care from doctors, and perceptions front to the differences of the care between pediatricians and clinicals was found speeches.

Conclusion: Of the interviewees it was noticed that the doctor does take care without knowing that he makes it. The pediatrician is a professional caretaker. They contribute to that the empathy that has for the children and during their formation and practice to exercise more constant and consciously CH. It is done more necessary moments of práxis of the care in the medicine courses, as well as to plan path corrections, taking advantage of of the learning for the call occult curriculum.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Grupos de categorias.....	14
FIGURA 2	Saúde.....	14
FIGURA 3	Cuidado em saúde.....	15
FIGURA 4	Binômio cuidar/curar.....	16
FIGURA 5	Prática do cuidado em saúde.....	16
FIGURA 6	Atitudes frente às situações especiais.....	17
FIGURA 7	Percepções frente às diferentes áreas.....	17
FIGURA 8	Da necessidade ao cuidado	63

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
LISTA DE FIGURAS.....	vii
SUMÁRIO.....	viii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVOS.....	6
2.1 Objetivo Geral.....	6
2.2 Objetivos Específicos.....	6
3 JUSTIFICATIVA.....	7
4 METODOLOGIA.....	8
4.1 Caracterização da pesquisa.....	8
4.2 Procedimentos.....	9
4.3 Estudo piloto.....	9
4.4 Definição da população e amostra.....	10
4.5 Obtenção dos dados.....	11
4.6 Análise dos dados.....	12
5 RESULTADOS.....	13
5.1 Saúde.....	18
5.1.1 Conceitos.....	18
5.1.2 Fatores relacionados à saúde.....	19
5.1.3 Fatores que influenciam a saúde.....	19
5.2 Cuidado em saúde.....	20
5.2.1 Conceitos.....	20
5.2.2 Fatores relacionados ao cuidado.....	21
5.2.3 Fatores que influenciam o cuidado.....	22
5.2.3.1 Fatores ligados ao paciente.....	22
5.2.3.2 Fatores ligados ao médico.....	23
5.2.3.3 Fatores ligados a ambos.....	25
5.2.3.4 Fatores ligados à sociedade.....	26
5.2.4 Problemas e desafios.....	29
5.2.5 Expectativas.....	31
5.3 Diferença entre curar e cuidar.....	32
5.4 Práticas do cuidado em saúde.....	33
5.4.1 Relacional.....	33
5.4.2 Procedimentos.....	35
5.4.3 Consequências do cuidar.....	38
5.4.3.1 Vantagens.....	38

5.4.3.2	Desvantagens.....	39
5.5	Atitudes frente a situações especiais.....	39
5.6	Percepções frente as diferentes áreas.....	42
6	DISCUSSÃO.....	44
6.1	Saúde.....	44
6.1.1	Conceitos de Saúde.....	44
6.1.2	Fatores relacionados à saúde.....	47
6.1.3	Fatores que influenciam a saúde.....	53
6.2	Cuidado.....	55
6.2.1	Conceitos de cuidado em saúde.....	59
6.2.2	Fatores que influenciam o cuidado.....	62
6.2.3	Diferença entre cuidar e curar.....	70
6.2.4	Práticas do cuidado em saúde.....	70
6.3	Atitudes frente a situações especiais.....	72
6.3.1	Pacientes terminais.....	72
6.3.2	Médico cuidando de médicos.....	77
6.4	Percepção frente as diferentes áreas.....	80
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS.....	84
	NORMAS ADOTADAS.....	90
	ANEXOS.....	91

1 INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde é milenar. Sempre existiu, e foi desenvolvido inicialmente, pelas mulheres, na família, em casa, na educação dos filhos para a vida, no desenvolvimento de medidas de obstetrícia, de puericultura e de tratamento de doenças. (Patrício¹, citando Coliere).

É a "alma dos serviços de saúde" ², sua essência¹. "Faz parte do cotidiano de toda pessoa, continuamente, mesmo antes dela ter nascido, e hoje mais do que nunca, percebe-se que para haver saúde, qualidade de vida, é preciso cuidar constantemente da natureza".¹ E ainda acrescenta:

As pessoas se cuidam, os amigos cuidam, a família cuida de seus membros, mas há momentos no processo de viver que precisamos de cuidados de outras pessoas. E dentro de um processo trabalho, existem (adaptado) os profissionais do cuidado, da saúde. Espera-se que tenham condições de prestar um atendimento diferenciado, mais aperfeiçoado que aquele popular, onde científico e humanizado caminham juntos.¹

A despeito disto, Francisco Campos e colaboradores³ lembram que o conceito de cuidado na saúde ficou relegado a segundo plano, nos últimos anos, devido sobretudo ao fascínio do desenvolvimento tecnológico, tendo maior impacto o conceito de cura.

Documentos como os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde ⁴ e as cartas das Conferências Internacionais de Promoção de Saúde ⁵ mostram a importância que tem a saúde para cada um dos brasileiros. Junto com a situação sócio-econômica do Brasil leva a grande demanda aos prestadores de serviços na área da saúde. Aliada a muitos outros fatores (tais como escassez de recursos; má distribuição e gestão financeira; tensões interprofissionais; condições de trabalho e formação acadêmica inadequadas; incorporação de tecnologias dissociadas de sua capacidade e necessidade de aplicação; alta especificidade de profissionais e procedimentos descontextualizando indivíduos e grupos; mudança nas condições de vida da população; etc.) são tanto causa como consequência da crise da saúde em geral, e da medicina em particular.

Cada um destes fatores afeta a qualidade e a eficácia da ação do profissional de saúde para com o usuário de seus serviços, sendo comprometida também a essência do contato humano para promoção, recuperação ou manutenção da saúde que é o cuidado. Então, os fatores que causam crise da saúde, também causam crise do cuidado em saúde.

E como alerta Ferreira ⁶ em seu ensaio "A medicina atual – biológica e tecnológica" no qual tenta correlacionar tais fatores ao paradigma da medicina vigente: "Os processo sociais,

por serem tão complexos, se transformados em variáveis ou multivariáveis - e não como elementos de uma mesma realidade em relações dialéticas - oferecem risco de se permanecer apenas no conhecimento abstrato” (adaptado). Ou seja, dissociado da realidade.

Muitas têm sido as tentativas institucionais para resolver (ou amenizar) a crise da saúde. E muitos têm sido também os avanços, como o *Movimento Saúde Para Todos*; *Movimento de Reforma Sanitária*; *Projeto de Humanização dos Hospitais*; projetos de mudanças do modelo assistencial como o *Programa Saúde da Família*; *Conferências Internacionais de Educação Médica*; *Projeto Cinaem*; *Projetos Unilda*, entre outros. Mas, na paradoxal dinâmica social, avançam também as necessidades sociais em saúde, e por conseguinte, estas exigem que avancem os cuidados. Exemplificando, alguém faminto tendo necessidade de comida que recebe como cuidado: atenção, carinho e alimento. Depois de atendida a necessidade anterior, recebe como cuidado: amor, possibilidades de estabelecer relacionamento com outras pessoas, constituir família, e ter instrução para desenvolver uma ocupação profissional. Além da necessidade de requalificação profissional ele precisa manter o que já “ganhou” (conquistou) e se preparar para as possíveis dificuldades futuras. Tudo isso, acompanhado com toda a estrutura necessária para o desenvolvimento social de cada cidadão e de cada coletivo social. Assim, da desnutrição ele “avança” para parasitoses intestinais, destas para pneumonias e alergias, e destas para hipertensão arterial, aterosclerose, estresse e câncer. Indo de enfermidades típicas de países subdesenvolvidos, para as de países em desenvolvimento, até para países ditos atualmente desenvolvidos.

A velocidade das transformações relacionais e conceituais humanas são lentas, inclusive na medicina, conforme Da Ros⁷. Devido às dificuldades inerentes à formação (como conscientização da necessidade de mudança, implementação de processo efetivo de mudança, tempo para formação em si, custos, etc.), a “distância” entre a necessidade e o cuidado aumentam, e a crise se acentua. Quer se considere o “cuidado estrito” (ligado à tecnologia-leve) ou como sendo todo o processo/procedimento intervencional destinado a suprir uma necessidade em saúde.

Em seus textos Merhy⁸⁻⁹ salienta que é comum falar da crise no setor saúde, e vemos que em suas causas, inter-relações e mesmo supostas soluções, contudo, a discussão não é tão simples. Merhy⁸ comenta que “do ponto de vista do usuário do sistema de saúde, pode-se dizer que o conjunto dos serviços de saúde, públicos ou privados, com raras exceções, não são adequados para resolverem os seus problemas de saúde, tanto no plano individual, quanto no coletivo”.

O que situa a configuração de crise segundo o autor, é sem dúvida a sua grande experiência como sanitarista e as reportagens da grande imprensa, com as constantes realidades desagradáveis de como está a saúde no Brasil, “um dos mais fundamentais temas da vida dos brasileiros”.

O paradoxal desta história é que é notório o avanço científico e tecnológico tanto em termos de conhecimentos quanto de soluções – em torno dos problemas que afetam a saúde das pessoas e das comunidades. Além da existência de serviços altamente equipados para suas intervenções”. Ou seja tal crise “não encontra sua base de sustentação [ou de desestruturação] na falta de conhecimentos, tecnologias ou mesmo na possibilidade material de se atuar diante do problema apresentado.⁸

Ainda sobre a crise: ^{3,8,9}

ao ouvir-se as queixas do usuário percebe-se que o ponto de vista deles não é necessariamente coincidente com a da maioria dos governantes ou dos dirigentes do serviço, tanto dos públicos como dos privados, que como regra geral falam da crise do setor, privilegiadamente do ângulo financeiro, tentando mostrar que não é possível se oferecer boa assistência com o que se tem de recursos – aliás, argumento mundialmente usado no setor, tanto em países como os Estados Unidos da América que gasta 1 trilhão de dólares, quanto no Brasil que deve gastar (em 1999) em torno de 35 bilhões, no total.⁸

Em dados mais recentes têm-se os Estados Unidos da América com uma população de 298.238.935 habitantes⁷⁸, teve com orçamento federal da saúde no ano de 2005 US\$ 556 bilhões⁷⁹ frente aos R\$ 33 bilhões do orçamento da União com saúde no mesmo ano⁸⁰ no Brasil, com uma população estimada em 184.184.264 habitantes em 1º de julho de 2004⁸¹ mesmo sendo os primeiros o único país dos ditos industrializados a não ter até hoje organizado seu sistema nacional de saúde²⁰ e ter visto fracassar até aqui suas tentativas de reforma no campo da seguridade social⁷⁹.

O que o usuário reclama não é da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados, descuidados.

Guerreiro e colaboradores ⁹ refletem:

talvez o início desta deficiência assistencial esteja na divergência entre os objetivos de quem trata e de quem é tratado. Ao procurar o serviço de saúde o usuário deve apresentar alguma patologia ou queixa e o prestador de cuidado, por sua vez, deve ocupar-se de solucioná-lo. Mas, principalmente nas unidades básicas de saúde é bastante comum que um paciente procure o

serviço apenas para ter com quem conversar ou alguém que possa oferecer um mínimo de atenção a ele. Para esse caso o cuidador deverá buscar o reconhecimento da situação global na qual se encontra o paciente e o que realmente o está levando a buscar o serviço. Podemos dizer que o objetivo da equipe de saúde é o tratamento de uma doença e o do usuário é o tratamento de uma pessoa, ele próprio.

Segundo Laplantine¹⁰ pode existir uma diferença na significação da doença pela pessoa doente e o profissional de saúde. Sendo que este último fundamenta sua prática na recusa da experiência do doente, em benefício do conhecimento objetivo como sendo a única verdade autêntica.

Merhy¹¹ indica como fatores que contribuíram para tal situação a centralização do modelo assistencial no médico e o distanciamento deste do cuidado, da real necessidade de saúde dos pacientes. Ele coloca como causadores desta centralização:

[...] o distanciamento que ele [o médico] teve dos interesses do usuário; o isolamento que produziu nas suas relações com os outros trabalhadores da saúde; o desconhecimento da importância das práticas de saúde dos outros profissionais; e o predomínio das modalidades centradas na tecnologia, [...] a partir de um saber estruturado reduzido à produção dos procedimentos.

São observações como esta que levam a pensar que ao menos em parte, a dita crise no setor saúde se deve a uma crise na forma como o cuidado é praticado. Uma crise do cuidado. Até porque em um modelo de saúde médico hegemônico² onde o cuidado, mesmo praticado, foi negligenciado pela categoria médica e teorizado predominantemente pela enfermagem.

Para uma melhor práxis médica (entendendo como práxis, e reflexão teórica sobre a prática, que torna a embasar prática subsequente) talvez seja necessário se resgatar a teorização do cuidado pela categoria.¹² Isto acarretando uma melhor integração dos profissionais e do cuidado em saúde.

Por estar vivendo um processo de transição na formação médica, o curso de medicina da UFSC passa por um momento privilegiado no qual os valores, conceitos e práticas sobre a medicina em geral, e o cuidado em particular, são reflexões presentes no corpo clínico do grande espaço de interação médico-acadêmico-paciente que é o Hospital Universitário. Por ser um curso de influência em todo estado de Santa Catarina, conceituado e influente nacionalmente (protagonista do movimento nacional tentativa de Transformação da Educação Médica) é importante se pesquisar a visão dos profissionais médicos sobre o cuidado em saúde.

Considerando:

- a) A importância do tema e da medicina para a saúde individual e coletiva;
- b) O pressuposto de que os médicos de modo geral se afastaram do ideal de profissionais cuidadores, e os que cuidam muitas vezes não sabem que o fazem;
- c) Uma das principais estratégias apontadas pela literatura pesquisada é uma ação consciente para que o cuidado do médico seja melhorado e;
- d) O desconhecimento e a pouca participação no debate teórico e prático do cuidado na categoria médica.

Julga-se de extrema importância conhecer a concepção dos médicos e suas práticas a respeito do cuidado em saúde para a melhoria da atenção em saúde, e por sua vez para a medicina e a população.

2 OBJETIVOS

A seguir serão apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa. O *Objetivo Geral* apresenta a intenção principal da investigação e os *Objetivos Específicos* caracterizam a operacionalidade para que o objetivo geral seja alcançado.

2.1 Objetivo Geral

Conhecer a concepção de médicos clínicos e pediatras que exerçam atividades ligadas à docência em um hospital escola sobre o cuidado em saúde e a aplicação na sua prática profissional cotidiana.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar a concepção de médicos clínicos e pediatras sobre cuidado em saúde;
- b) Identificar a aplicação deste cuidado em saúde na prática médica destes profissionais;
- c) Comparar a concepção e prática do cuidado em saúde de clínicos e pediatras.

3 JUSTIFICATIVA

O meu interesse pela medicina foi provocado pela possibilidade de saber como ajudar as pessoas. No entanto, desde o primeiro semestre do curso de medicina, ensinava-se muito sobre muita coisa e pouco era aprendido. Mesmo sem a prática médica percebia-se que havia algo de errado com o ensino médico. A minha situação não era um caso isolado em relação à de outros colegas.

Através do movimento estudantil descobri que o curso de medicina da UFSC também não era o único com esse problema. Senti compaixão do custo social do povo brasileiro devido uma formação médica tão extensa e cara, tão especializada e fragmentada, baseada predominantemente em procedimentos. Participei de modo ativo, localmente, do atual processo de reforma curricular, e nacionalmente como representante da Direção Executiva Nacional dos Estudantes e Medicina/DENEM, nas III e IV fases do Projeto CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico), bem como nos eventos que culminaram com a formulação das atuais Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina em 2001.

Sempre fui militante ativo do movimento de transformação da educação médica. Porém, tanto a agenda do movimento como as demandas de minha formação acadêmica, limitaram minha dedicação na produção de conhecimento sobre educação médica de modo mais efetivo. Sendo assim, agora que estou afastado do movimento por razões acadêmicas e pessoais, resolvo debruçar-me sobre a temática do cuidado. Questão vital na prática clínica. Iniciando assim a teorizar um assunto que por muito (através da concordância com outros autores) tenho defendido.

Além de ser uma necessidade particular, também existe uma necessidade social e científica de se construir conhecimento sobre o cuidado em saúde do médico.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para realização da pesquisa será composta por um conjunto de etapas e procedimentos envolvendo a caracterização da pesquisa, o estudo piloto, a definição da população e amostra, a obtenção dos dados, o processamento dos dados e a análise exploratória dos dados.

4.1 Caracterização da pesquisa

Considerando que as Ciências Sociais lidam com seres humanos, grupos e sociedades, a pesquisa deste trabalho utilizou o método qualitativo, do tipo *Estudo de Caso* com médicos, clínicos e pediatras, que trabalham no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de Santiago-HU/UFSC e exercem atividades ligadas à docência.

Conforme Becker¹³ o termo “estudo de caso” se originou da análise e exploração de um caso individual em pesquisas na área da saúde. Segundo Gil¹⁴, para o estudo de caso é necessário delimitar a unidade que constitui o estudo, podendo ser ela uma pessoa, uma família, uma comunidade, um conjunto de relações ou processos ou até uma cultura. Destaca Gil¹⁴ que o estudo de caso tem a característica de se aprofundar a ponto de permitir o amplo e detalhado conhecimento, principalmente em pesquisas exploratórias. As vantagens do estudo de caso compreendem: a flexibilidade do estudo ao longo da pesquisa, proporcionando ao pesquisador novas descobertas que poderão ajudá-lo na solução do problema; a visão total do problema e a simplificação dos procedimentos de coleta e análise dos dados.

Para Yin¹⁵ o estudo de caso contribui para a compreensão dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos. Define o estudo de caso como sendo “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.¹⁵

A grande variedade de problemas teóricos e descritivos que o estudo de caso abrange justifica o uso deste método, pois nos propomos a não só compreender um fenômeno, mas um conjunto de fenômenos interligados.

4.2 Procedimentos

A fase exploratória deste estudo iniciou pela escolha do tema e elaboração do projeto. Prosseguiu-se com o levantamento bibliográfico e fundamentação teórica do pesquisador sobre o tema. O projeto foi submetido para apreciação e avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos/CESPH da Universidade Federal de Santa Catarina em reunião no dia 29 de agosto de 2005, tendo sido aprovado pelo Parecer Consubstanciado nº 279/05, assinado pela Coordenadora do CESPH, Profa. Vera Lúcia Basco.

Tendo sido o projeto aprovado, partiu-se para a execução da pesquisa. Primeiramente, foi realizado o sorteio dos entrevistados cujos critérios serão descritos no item 4.4 - *Definição da população e amostra*. Em seguida, foram definidos os procedimentos para o estudo piloto. Com base no estudo piloto verificou-se a necessidade de adicionar mais uma pergunta que delimitasse um pouco mais o objeto de pesquisa. Com base nisto, foram feitas as devidas alterações no roteiro de entrevista.

Os entrevistados foram contatados pessoalmente ou por telefone, sendo feita uma breve explicação da pesquisa. Com a aceitação do entrevistado foram acordadas a data e local da entrevista. No dia da entrevista foram feitos novos esclarecimentos, obtida a concordância com o termo de livre consentimento declarado (ANEXO 1) e garantia de anonimato (pela identificação numérica de cada entrevistado) partindo para a coleta de dados, inicialmente no projeto-piloto, e posteriormente na pesquisa definitiva.

Após a realização das entrevistas prosseguiu-se com a transcrição das mesmas para posterior análise e validação das informações. Por e-mail e cópia impressa foram devolvidas aos entrevistados para as eventuais correções.

Enquanto foi realizada esta etapa prosseguia-se com a análise, reflexão e síntese dos dados obtidos conforme descrito no item 4.6 - *Análise dos dados*.

Todo trabalho teve suas despesas custeadas pelo autor.

4.3 Estudo piloto

O projeto piloto foi feito com um médico não docente do HU, escolhido intencionalmente. Através de contato pessoal ele optou por realizar a entrevista na Divisão de Pediatria daquele hospital.

A entrevista transcorreu naturalmente e no final dela perguntou-se a avaliação do entrevistado sobre a mesma e se tinha algo a acrescentar.

Durante a realização do estudo piloto constatei que a forma de questionamento da terceira pergunta não permitia uma delimitação mais precisa sobre a relação cuidado e cura e no próprio processo de entrevista reformulei-a. A mudança foi suscitada pela necessidade de se aprofundar a questão, surgindo duas outras perguntas dela, descritas sob os números 3 e 4 do novo roteiro.

Esta entrevista foi incluída entre as que fizeram parte deste trabalho. Sendo este identificado por P1.

4.4 Definição da população e amostra

Os sujeitos de pesquisa são médicos clínicos e pediatras que exercem atividades ligadas a docência no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC. Todos eles possuem mais de 10 anos de formação, de ambos os sexos. Da listagem destes profissionais junto aos departamentos de suas áreas foram selecionados aleatoriamente, por sorteio, distribuídos proporcionalmente de acordo com sua distribuição real nos respectivos departamentos.

Para delimitar a amostra de entrevistados foi preciso estabelecer a proporção mínima de homens e mulheres com mais de 10 anos de formação em ambos os departamentos. Pelo fato do departamento de Clínica Médica possuir pouco mais do que o dobro de médicos do que o de Pediatria, optou-se por duplicar a proporção mínima encontrada neste departamento. Foram selecionados 3 pediatras (2 mulheres e 1 homem, de um total de 11 mulheres e 8 homens do departamento de pediatria) e 8 clínicos (6 homens e 2 mulheres, de um total de 37 homens e 13 mulheres do departamento de clínica médica), 12 médicos selecionados no total, considerando P1.

Não tendo sido possível realizar a entrevista com um dos médicos escolhidos, efetuou-se novo sorteio e selecionou-se novo entrevistado.

A escolha dos profissionais clínicos e pediatras, docentes, que atendem no HU/UFSC foi feita:

- a) Pela abrangência da área clínica e da pediatria dentro da medicina;
- b) Pelo fato de tentar integrar a atenção em todas as faixas etárias;
- c) Para poder comparar a concepção e prática do cuidado entre clínicos e pediatras;
- d) Por estes profissionais estarem em contato com a formação médica, terem grande influência entre os acadêmicos de medicina, serem protagonistas do processo de reforma curricular.

4.5 Obtenção dos dados

A coleta dos dados foi feita por meio de entrevistas semi-estruturadas em profundidade. A entrevista semi-estruturada tem o propósito de adquirir um conhecimento mais aprofundado e detalhado do tema. Como procedimento, conta com um guia de entrevista com as perguntas a serem feitas aos entrevistados. Este instrumento, ao mesmo tempo em que focaliza as questões relevantes também é flexível, permitindo que novas perguntas sejam acrescentadas conforme a necessidade do pesquisador.¹⁶

O mesmo autor esclarece:

As entrevistas em profundidade ou focalizadas, diferentemente das mais exploratórias, pesquisam intensamente um tema em particular. O propósito de uma entrevista focalizada ou em profundidade é adquirir um entendimento o mais completo e detalhado possível do tema abordado. Envolve guias de entrevistas semi-estruturadas e supõe suficiente exploração anterior sobre o tópico, para conhecer quais são os problemas relevantes a serem pesquisados.¹⁶

As perguntas realizadas foram feitas por meio de um questionário semi-estruturado com entrevista em profundidade, tendo como roteiro inicial de perguntas:

- 1) O que o (a) senhor (a) entende por **Cuidado em Saúde**?
- 2) Como em sua prática médica o (a) senhor (a) exerce o **Cuidado**?
- 3) O que o (a) senhor (a) entende por **Curar**? Existe alguma diferença conceitual com **Cuidar**? Caso afirmativo, qual seria?
- 4) Existe situação em que o (a) senhor (a) identifique que se **Cuide** mais do que **Cure**? Caso afirmativo, qual seria?
- 5) O que o (a) senhor (a) entende por **Saúde**?

Os dados foram gravados com gravador digital, mediante autorização e posteriormente transcritos, sendo após esta etapa feita à validação dos mesmos com os entrevistados com o objetivo de maior fidelidade aos pensamentos e posicionamentos.

Após este momento os dados foram classificados de acordo com a concepção emergida das entrevistas sobre o cuidado médico em saúde que será descrita no próximo item. Em seguida, foi feita a discussão dos mesmos junto à comparação com a literatura específica, explicitado no capítulo 6 – *Discussão*.

4.6 Análise dos dados

Segundo a literatura, as pesquisas têm sido caracterizadas pelo tipo de análise que se fará destes dados, podendo abranger uma abordagem qualitativa ou quantitativa.^{16,17} Para o desenvolvimento desta pesquisa será utilizada a abordagem qualitativa, descrita assim por Minayo¹⁷:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis.¹⁷

Gil¹⁸, ao discorrer sobre a análise e interpretação dos dados comenta a grande variedade de respostas dadas pelos sujeitos de pesquisa ao falar da temática pesquisada. Enfatiza a necessidade de organizar as idéias que constam nas respostas mediante o seu agrupamento em certo número de categorias.

Para Minayo¹⁷,

a palavra categoria, em geral, se refere a conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si [...]. As categorias são empregadas para estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso.¹⁷

As categorias foram organizadas das falas dos entrevistados seguindo ordem de conceito e prática. Utilizando o processo de "análise-reflexão-síntese" descrita por Patrício⁵¹ e estão descritas no Capítulo 5- *Resultados*.

5 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os indivíduos que fizeram parte deste estudo, bem como os dados obtidos em suas entrevistas. Para a melhor compreensão dos dados as informações foram agrupadas em categorias que serão descritas a seguir.

Quanto ao perfil dos entrevistados, todos são médicos, com mais de 10 anos de formação e desenvolvem atividades docentes ou de orientação a estudantes de medicina, no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Foram assim identificados:

- a) P1, P2, P3 e P4 são pediatras, sendo P1 e P2 do sexo masculino e P3 e P4 do sexo feminino;
- b) C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7 e C8 são clínicos, sendo C1 a C6 do sexo masculino e C7 e C8 do sexo feminino.

Os dados obtidos foram divididos em seis grandes grupos de categorias (**Figura 1**). Sendo o primeiro mais ligado à parte conceitual de *Saúde* e fatores correlacionados a ele (**Figura 2**). A parte seguinte refere-se ao conceito de *Cuidado em Saúde*, seus fatores relacionados e que a ele influenciam, bem como problemas e desafios ao cuidado e as expectativas frente a ele. (**Figura 3**). O terceiro grupo categoriza as falas dos entrevistados sobre o binômio *Cuidar/Curar* (**Figura 4**). A *Prática do Cuidado* é o tema do quarto grupo, estando subdividida em: *Relacional, Procedimentos e Conseqüências do Cuidar*. (**Figura 5**). Os dois grupos restantes complementam o consolidado que emergiu das entrevistas, sendo categorizados como *Atitudes Frente a Situações Especiais* (**Figura 6**) e *Percepção Frente às Diferentes Áreas* (**Figura 7**). Tais grupos de categorias foram esquematizados conforme as figuras abaixo:

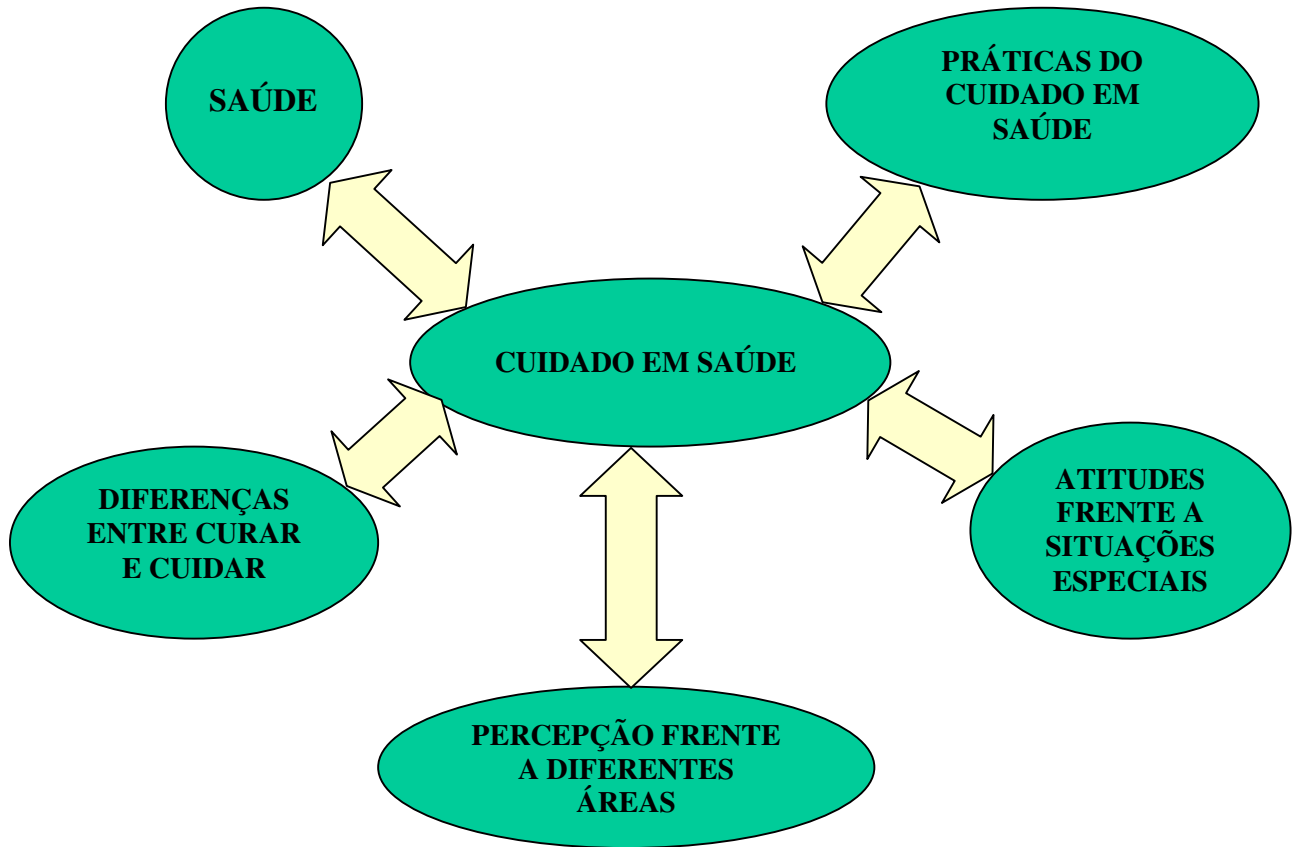


Figura 1 – Grupos de categorias

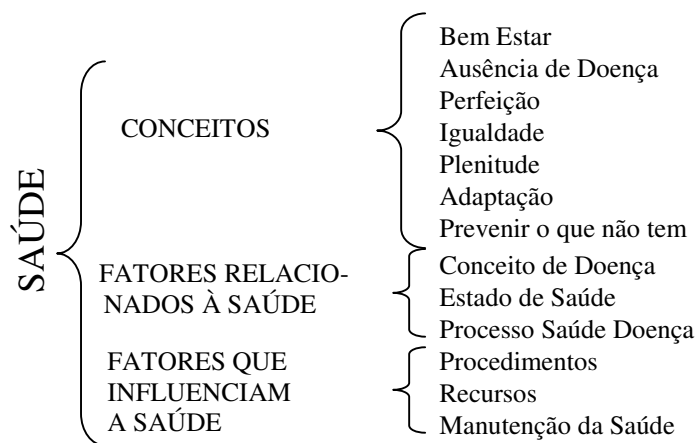
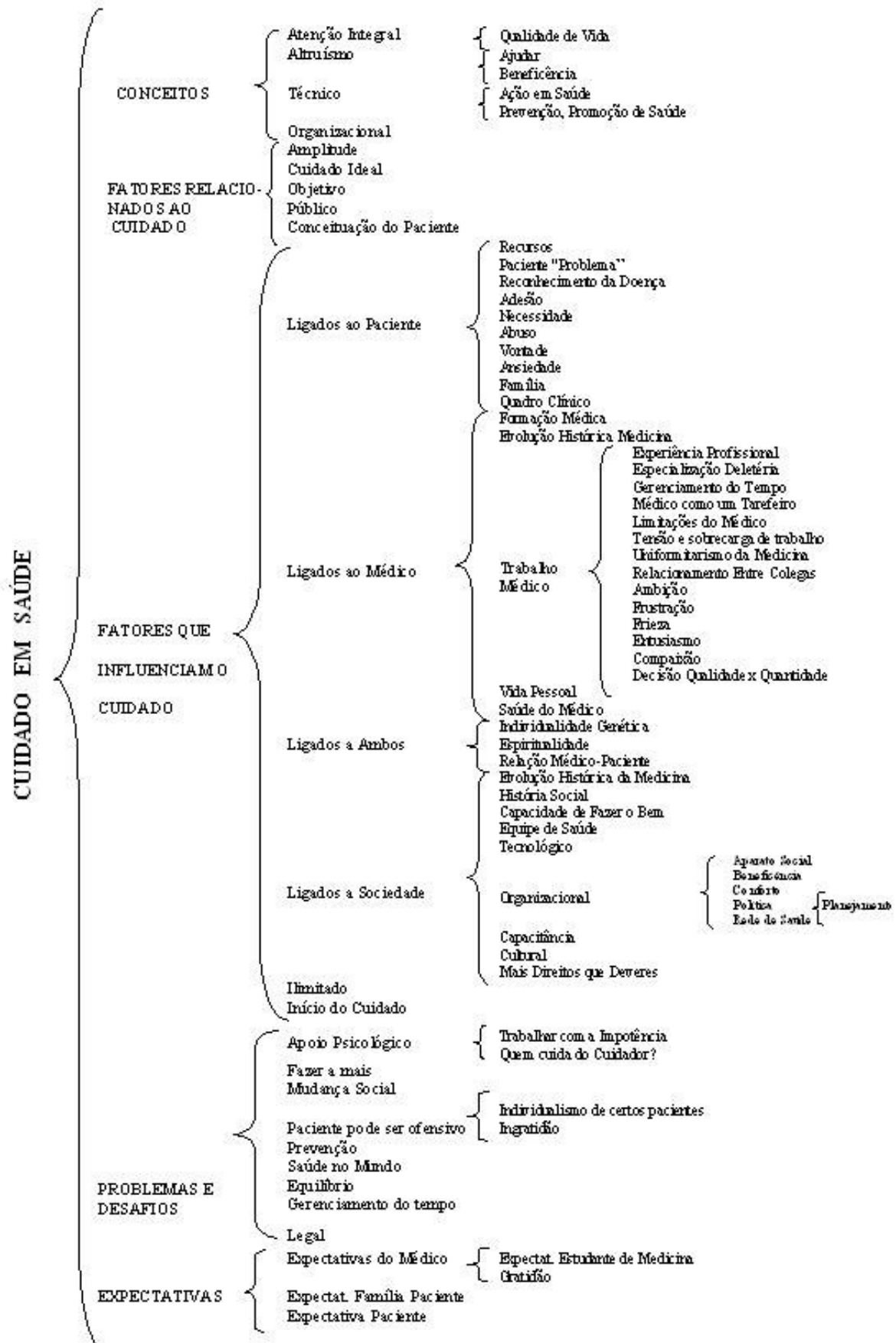


Figura 2 – Saúde



DIFERENÇA
ENTRE CUIDAR E
CURAR

Relação Cuidado / Cura
Médico como agente de cura
Medicina Alternativa

Figura 4 – Binômio Cuidar/Curar

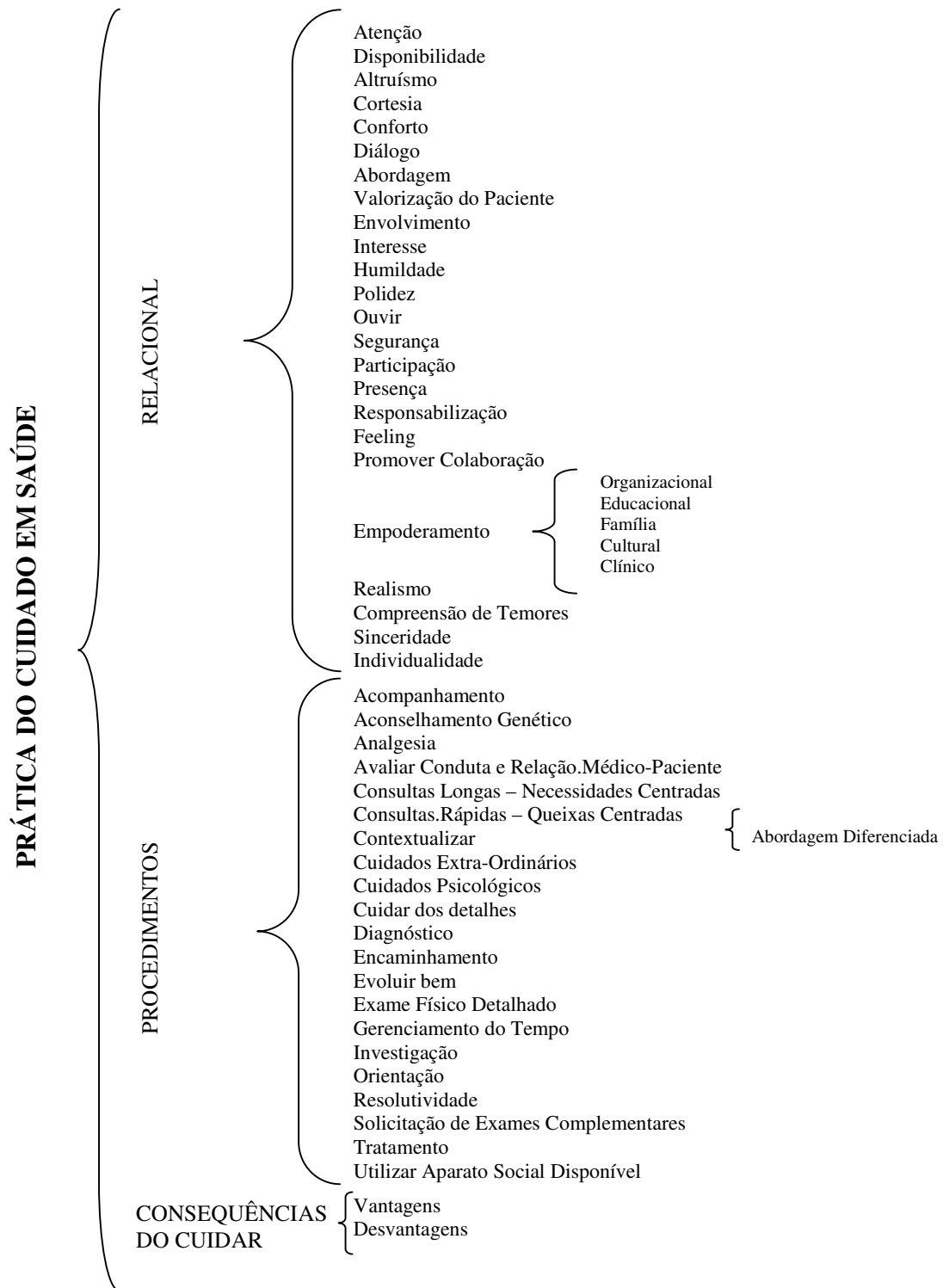


Figura 5 – Prática do Cuidado em Saúde

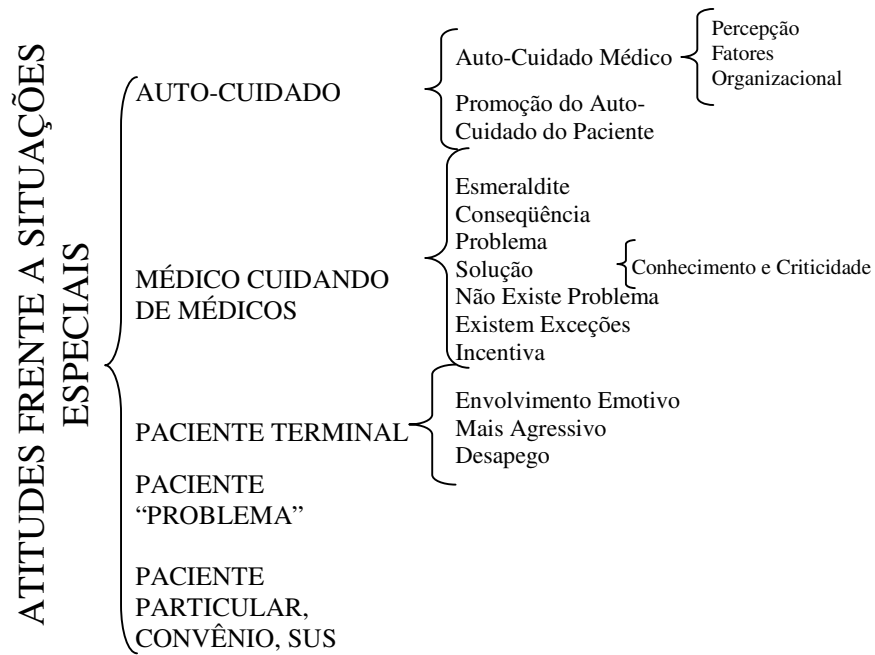


Figura 6 – Atitudes frente às situações especiais

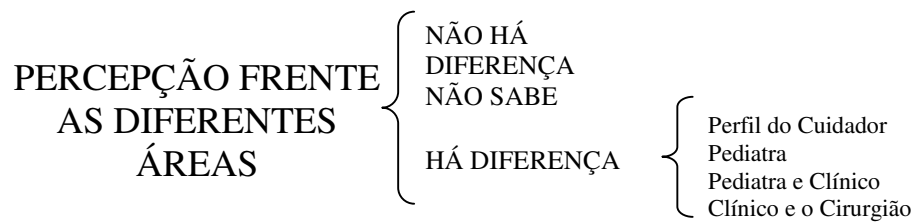


Figura 7 – Percepções frente às diferentes áreas

5.1 Saúde

Para dar início a apresentação pela conceituação de saúde por perceber que ela influencia profundamente a concepção dos entrevistados sobre o cuidado e sua prática.

5.1.1 Conceitos

Dentre os Conceitos de Saúde correspondem à categoria "Adaptação" apenas C8.

Concordam com o conceito de "Ausência de Doenças" C3, C4 e P2.

Da categoria "Bem Estar" referiram-se P1, P2, P4, C3, C4, C6 e C7. É um conceito que a maioria dos entrevistados possuem, embora 7 (de um total de 12) utilizem ou o próprio ou adaptações do conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS). Apenas P2, referiu ter dificuldades para conceituar saúde. Comentam este conceito, alegando ser inatingível P2 e C7. Complementam-no: P4, C3 e C6.

"... saúde é bem estar, bem estar para viver toda a maravilha da vida, bem estar para sentir todo o momento presente [...] escutar um som, é saúde, conseguir ler um livro e admirar um livro é saúde [...] quantidade não é saúde, qualidade é saúde..." (P4)

"... saúde é portanto, um estado de bem estar, do estar em harmonia, do estar normal que inclui o físico, o mental e o social". (C3)

"... a pessoa tem que se sentir bem [...] psicologicamente, [...] emocionalmente, [...] na sua atividade, [...] gostar do que está fazendo [...] vivendo bem, se relacionando bem, vive alegre, [...] viver bem [...] viver bem não quer dizer que tem que ter dinheiro, vive bem porque vai para o futebol, se diverte, [...] ele se sente bem, ele está com saúde." (C6)

"Perfeição e Plenitude" é a categoria concordante entre C4, C7 e C8. Embora todos argumentem que é impossível alcançá-lo 100% do tempo. C4 complementa, dizendo que a humanidade não é totalmente doente, mas está sempre em busca da saúde.

"Igualdade" é apresentado por C2 assim:

"Normalidade em saúde... a pessoa na sua posição de igualdade biológica e psico-social ou frente às pessoas que o cercam."

Já a categoria "Prevenir o que não tem" (termo utilizado por C8) colocada por C8, enfoca a influência das práticas gerais de saúde (como alimentação, sono e atividade física por exemplo) para prevenir a manifestação da tendência genética antes do aparecimento de doenças.

5.1.2 Fatores relacionados à saúde

Acrescenta-se a essa parte conceitual, categorias que lapidam o entendimento teórico dos entrevistados sobre "Saúde".

P4 e C2 inovam no "conceito de doença" :

P4 coloca que *"doente é quem vive preso a um mundo que não existe, este é doente, é aquele que vive preso, principalmente ao futuro"* e C2 antagoniza seu conceito de saúde, tornando doença à condição de *"desigualdade biológica e/ou psico-social do indivíduo"* frente ao seu meio peculiar.

Através dos depoimentos de C6 *"viver bem...falar é fácil, tem pessoas que tem dificuldade..."* e P4 enquanto analisava sua saúde naquele instante, trago a categoria de "Estado de Saúde", na qual percebe-se um momento estático como uma fotografia.

A interface entre o ser saudável e o estar doente, é colocada pela categoria "Processo Saúde-Doença" emergente das entrevistas de P3, C3, C4, C6 e C8. Com P3 verifica-se que a pessoa triste, sofreda fica mais doente física, mental e socialmente. O doente está fragilizado e pede mais atenção é constatado por C4. A enfermidade retira o bem estar, e se faz necessário buscar esta perda é salientado por C3. Adoecer e morrer são comuns e fazem parte da vida são colocações de C8. Já C6 diz que a pessoa emocionalmente abalada pode estar doente, mesmo sem doença. Enfrenta-se a doença pode ter saúde mesmo doente.

5.1.3 Fatores que influenciam a saúde

P1, P4 e C4 trazem a tona alguns recursos necessários para se ter saúde. Destacando-se boa alimentação, descanso adequado, atividade física regular (C4), viver bem, admirar as coisas, saborear, olhar, ouvir, curtir o que se tem, em qualidade e não em quantidade (P4); bem como desfrutar de paz e felicidade (P1). Sendo ainda estratégias de P4:

"saúde é viver intensamente o presente, despreocupado com passado e com um provável bom futuro" e "evitar energias negativas".

Durante suas entrevistas P2 e C8 salientaram que uma vez saudável o indivíduo deve manter sua saúde, isto caracterizou mais uma categoria, a "Manutenção da Saúde".

C8 também destacou a recuperação da saúde e junto com P4, enfatizou "Procedimentos" que podem ser utilizados para fazê-la.

5.2 Cuidado em saúde

Após relatar a parte conceitual de saúde, introduzo os resultados sobre conceituação do cuidado em saúde, e itens relacionados a ela.

5.2.1 Conceitos

Iniciando a conceituação sobre o cuidado, C2 argumenta que o **"cuidado é inerente a todo ser humano"** e P3 concorda com ele.

Diz ainda C2 que para teorizar sobre cuidado não é necessário ser profissional da área da saúde. C6 concorda,

Introduzindo a categoria "Atenção Integral", oriunda dos depoimentos de P1, P2 e C6, concordantes quanto à terminologia. Sendo complementada ainda por outro argumento de P1, podendo ser uma atenção tanto coletiva quanto individual, e por P3 quando destaca:

"...cuidar é mais do que atender um paciente ou de fazer uma consulta, é fazer isso com carinho..."

Um conceito mais ligado a "Qualidade de Vida" foi oferecido por P4 quando destaca que cuidado é :

"Cuidado em saúde pra mim significa você morar num lugar adequado, uma boa parte de... solar né, com menos possível de ácaros, quer dizer um lugar limpo, [...] que você possa ter contato com arte, que você frequente coisas de arte, que você conviva com a família, que você tenha amigos, que você tenha final de semana, que você se divirta com os amigos [...] você ter qualidade de vida."

"Ajudar" surgiu como conceito de cuidado para P2.

C5 destaca que **"tudo o que vier em benefício do paciente pode ser chamado cuidado"**.

Já P1, P2, P4, C2, C4, C5, C6 e C8 também associam o cuidado em saúde com a técnica realizada pelo médico. Indo desde anamnese, exame físico, solicitação de exames complementares, execução do diagnóstico e prescrição. Complementam para "Ações em Saúde" P2, C2 e C4. Ampliam como "Prevenção e Promoção de Saúde" C6 e P4.

5.2.2 Fatores relacionados ao cuidado

A amplitude do cuidado foi tema de falas de P1, P3, C2, C5, C6, C7 e C8. São claramente favoráveis a um conceito amplo do cuidado C2, C5 e C7:

"... o cuidar sempre vai além da doença (...) Porque passada a doença, este paciente, esta pessoa vai ter que continuar sua vida, (...)a doença acabou mas ela vai ter que continuar sendo cuidada." - refere C7.

Os demais são também favoráveis, dimensionando tal amplitude no contexto do paciente e seu meio.

P1 salienta o problema do cuidado centrado apenas no biológico e propõe que o cuidado extrapole esta dimensão apenas biológica, para ver o indivíduo, sua família e seu contexto com um todo,

Para C8 o cuidado é delimitado assim:

"...a primeira percepção de quando tu fala em cuidado em saúde, primeiro você tem que ter competência pra saber o que você ta fazendo, segundo você tem que respeitar a personalidade do indivíduo..."

Já P3 e C7 seguem falando que **"cuidar é tudo"**. Para C5 o surgimento de algumas doenças ampliou a visão do médico sobre o cuidado com o paciente, tornando-a mais holística. Cuidar engloba trabalhar com conceitos como a morte, a inserção do indivíduo na família, na comunidade em que vive, tratar do preconceito, da discriminação.

Foi relatado por P2, que poucos médicos praticam o cuidado ideal, a maioria se limita a aplicar procedimentos.

O objetivo do cuidado é trazer a saúde novamente ao paciente é destacado por C3 e C4, fazer o paciente se sentir cuidado é salientado por C6, e *"ensinar o indivíduo a cuidar de si mesmo"* é enfatizado por C8 como sendo objetivo do cuidado do médico.

Existem cuidados destinados a indivíduos e coletivos, tendo objetivos específicos para cada um é o que comenta C4 como sendo o público do cuidado do médico.

Para C2, o conceito de paciente é sinônimo de cliente, indivíduo ou cidadão doente.

5.2.3 Fatores que influenciam o cuidado

Relaciona os fatores que influenciam, estimulam ou limitam o cuidado na medicina, na opinião dos entrevistados.

5.2.3.1 Fatores ligados ao paciente

Um bom sistema de saúde, equilíbrio na vida emocional do paciente são recursos destacados por P4 e C5 para se praticar o cuidado. Para C5 ter um *"bom trabalho, praticar boa atividade de lazer, prática regular de educação física, uma boa dieta, complementação vacinal e consultas médicas regulares"* são exemplos de tais recursos.

O profissional C5 acredita que o médico tem um dom para perceber como se relacionar com os pacientes, principalmente os que são mais difíceis de cuidar (paciente problema).

Já o C2 relata que o paciente (doente) reconhece que está em situação de desigualdade perante o médico. Diz ainda, que o profissional médico deve procurar restabelecer esta relação de igualdade durante a consulta, fazendo isso se houver concordância do paciente e do médico quanto à forma deste restabelecimento.

Apesar disto, P3 lembra que existe um limite de até onde o médico pode chegar, que é à *"vontade do paciente, até onde ele permitir"*. Outro fator limitante relatado por P3 é o fato do paciente não mais procurar o médico. Argumenta também que o tratamento inicia com a consulta e vai até quando o paciente ou família assim o desejar. Quando o paciente é portador de doença crônica ele procura muito mais o profissional.

P2 acrescenta que a "*...idade e o desenvolvimento neuro-psico-motor*" do paciente influenciam no tratamento e no cuidado.

A dependência da família do paciente para com o médico, é salientada por P1 como um problema em potencial para o cuidado. E nesta categoria, P4 acrescenta que ao cuidar de pacientes graves algumas vezes pode se esquecer de cuidar também da família.

"...eu estava atendendo uma criança e ela estava muito ruim [...] e foi melhorando, melhorando e esta criança finalmente se recuperou [...] e eu disse: [...] vai ter alta, e a mãe da me abraçou, botou a cabeça no meu ombro e disse assim: Há, então agora a senhora vai poder olhar para mim, cuidar de mim! eu levei um susto, ela me abraçou [...] Mas como a criança era tão mais grave que a minha atenção era com a criança e eu não estava percebendo que a mãe estava querendo que eu também olhasse para ela..."

5.2.3.2 Fatores ligados ao médico

A Formação do Médico atualmente aparece como mais um entrave ao cuidado em saúde, é destacada por P1 e P4 como sendo inadequada. P1 diz que a residência médica não prepara o médico para cuidar adequadamente, extrapolando o cuidado para além de sua "dimensão biológica". Concordando com esse pensamento P4 refere que "*médico é treinado para resolver problema*" e muitas vezes resolve um problema em uma abrangência, e dando-se por satisfeito esquece de averiguar em "*abrangências superiores*".

P3 sintetiza esta temática numa frase: "*O professor deve pensar que cada um de seus alunos pode ser seu médico no futuro*". O próprio P3, P4 e mais C7 preocupam-se com a formação médica para o cuidado, a futura geração de médicos cuidadores. A formação médica mudou ao longo dos anos, "*hoje já não se ensina a trocar roupas de cama ou fazer curativos*", como exemplificado por C5. Mas ela é um fator limitante, diz P3, porque o médico muitas vezes oferece mais o que lhe é demandado.

P1 ressalta que o médico atual é um prestador de serviço, que trata o paciente como cliente e não como alguém por quem é responsável. P1 e C5 concordam em que historicamente o médico era mais cuidador e a medicina era menos complexa no passado.

P1 e P4 concordam que é importante a experiência profissional, porque acrescenta maturidade ao relacionamento médico-paciente, especialmente para situações contraditórias entre opiniões do médico e do paciente ou familiar.

C8 acredita que o médico desenvolve, com a experiência profissional, a sensibilidade para saber como cuidar diferentemente de cada paciente.

P1, C5 e C8 concordam com o pressuposto de que quanto mais especializado um profissional for, menor cuidado ele exercerá, pois reduz o paciente à parte do corpo, dificultando a visão do todo. C8 coloca ainda, que certas especialidades investigam mais o passado clínico do paciente do que outras. C7 acrescenta que a confiança do paciente e familiares na medicina caem, quando o paciente é atendido por muitos especialistas.

P4 enfatiza que o médico tem suas limitações, como qualquer ser humano e isso limita seu cuidado. Destaca ela ainda que a sobrecarga de trabalho que tem o médico pode afetar até mesmo sua vida familiar. C6 sobre esta sobrecarga acrescenta que certas vezes enquanto está atendendo um paciente, percebe-se pensando em outro que precisa atender. Relatando sobre o trabalho médico feito muitas vezes apressadamente em situações de grande demanda como emergências, P1 acredita que estes comportamentos são reproduzidos em Postos de Saúde, onde a lógica médica seria de um atendimento mais completo.

"Quem trabalha no posto no regime de 20 horas, para atender 16 pacientes em 4 horas e atende 16 pacientes em 1 hora e 15, ele vai continuar tratando os pacientes do PSF da mesma maneira..."

Em "Relacionamento entre Colegas Médicos" agrupo falas de entrevistas de P4 e C8. A primeira comentando sobre as condutas médicas e os processos contra médicos, argumenta que o médico por temor aos processos se tornou mais acadêmico e menos clínico.

Já C8 explana que muitos médicos ignoram certos procedimentos triviais de outras especialidades e parecem querer se livrar de um problema ao encaminhar um paciente para tais especialidades.

Atualmente, C2 enfatiza a constante falta de tempo do profissional médico para exercer as atividades inerentes à medicina, ao cuidado. Ele cita textualmente que o médico é um "tarefeiro" e também que é baixa a remuneração por seus serviços.

P1, P2 e C4 comentam que o cuidado é exercido de forma individual, de acordo com a formação, o caráter e a consciência do profissional.

C2 lembrou de outro fator que influencia o cuidado, a competitividade: *"O médico ambiciona uma posição econômica melhor"*.

A frustração ao lidar com a morte foi considerada por P4 como um fator limitador do cuidado para o médico e a medicina. Para o paciente pode parecer que o médico é muito frio diante do sofrimento, já que ele convive diariamente com isto.

Para C6 e C8 o médico tem que gostar do que faz, porque as dificuldades são suplantadas pelo entusiasmo. C8 vai além, dizendo que o médico deve gostar do paciente. Porém P2 argumenta que o médico limita sua vida pessoal, fica dependente, quando está disponível demais. C7 correlaciona a qualidade de vida do médico com escolha pessoal da forma de trabalho, já que ele pode reduzir seus empregos e o número de pacientes optando por um atendimento de melhor qualidade. É uma questão de priorizar certos aspectos em detrimento de outros, mesmo reduzindo o poder aquisitivo. Influencia também no cuidado com os pacientes, a própria saúde do médico, que deve estar como um ser harmônico integrando o físico, psíquico, emocional e mental.

5.2.3.3 Fatores ligados a ambos

O fator individualidade foi mencionado por C2, C6 e C8, salientando que **"cada caso é um caso"** e necessita de um tratamento diferenciado, que a evolução da doença e tratamento pode ser diferente nos indivíduos. C8 ainda ressalta que são muitos fatores envolvidos para caracterizar a individualidade: como a genética, a família e o fator ambiental.

C2 percebe a espiritualidade como um fator determinante para a aceitação das limitações em virtude da doença, para a compreensão da morte e como coadjuvante na questão do relacionamento entre médico, paciente, família e equipe de saúde.

"... as pessoas que têm alguma crença mais forte espiritual, elas encaram às vezes as situações de uma forma [...] diferente [...] talvez lidem melhor com a doença, assim do ponto de vista psicológico, entendem melhor o que está acontecendo consigo, aceitam melhor aquela situação que ela está passando. Enquanto que a pessoa que não tem uma crença mais estruturada elas se revoltam mais, elas são às vezes mais exigentes..."

O cuidado como uma relação entre pessoas, pode variar de indivíduo para indivíduo. O mesmo médico pode cuidar bem de um paciente e não cuidar bem de outro. O que influencia esta relação é a empatia, argumenta C4. Ele acrescenta que não se consegue substituir esta relação médico-paciente (a empatia), por tecnologia. C8 diz que se não houver combinação entre as personalidades do médico e do paciente, este último não voltará a procurar o médico. P3 neste momento tem como estratégia avaliar sua relação médico-paciente.

A relação médico-paciente sofreu grandes mudanças ao longo do tempo, diz P4, em virtude das inovações tecnológicas e das mudanças sócio-culturais que mudaram a visão que o paciente tinha do médico, tornando-o muito mais exigente. Estas mudanças sociais englobam também maior individualidade, mais importância ao “ter” do que ao “ser”, são pequenos mundos melhores dentro de um caos total.

5.2.3.4 Fatores ligados à sociedade

Segundo P2 e P4, a imagem do médico tem mudado ao longo do tempo, passando de detentor de um dom superior a apenas mais um profissional no mercado de trabalho. Dizem, ainda, que são uma categoria desunida e auto-destrutiva. Mas P4 acredita que os processos médicos é que mudaram de forma mais evidente, tornando o profissional médico mais acadêmico, porém menos clínico, padronizando a forma de atendimento ao paciente e os exames clínicos que são solicitados *"existem algumas enfermidades que tu tem que encaminhar, né. E às vezes o médico já faz encaminhar lá na frente (fazendo exames primeiro) e o médico te critica pela demora. Não dá processo mas dá crítica"*.

P4 acredita que a forma vigente de medicina proporcionou o surgimento de uma medicina alternativa, capaz de responder aos anseios dos pacientes.

C4 enfatiza que não existe saúde privada, porque esta também é pública, do povo. *"Outra coisa que não existe é saúde pública! [...] toda a saúde é pública, até a privada é pública, ela é complementar a saúde pública, [...] a saúde pública é do povo, e a outra saúde não é do povo"*?

Para C6, a mudança mais evidente ao longo do tempo é cultural, e está relacionada à medicina preventiva.

Há também um limite da capacidade de fazer o bem por parte do médico, afirma P4, sem prejudicar a qualidade de vida do profissional.

C2, diz que para teorizar sobre cuidado não é necessário ser profissional da área da saúde. C5 acredita que cuidar é para a enfermagem, ao médico cabe tratar.

A tarefa de cuidar é de toda a equipe de saúde, dizem C3 e C7. E C5 acrescenta que há limite de ação para cada profissional em uma equipe multiprofissional. Já P2 acredita que os médicos têm muito a aprender com a enfermagem, pois estas possuem formação diferente, principalmente quanto ao trabalho em equipe e na administração.

C4 e C2 demonstram a importância de outros profissionais de saúde para o cuidado, salientam que o relacionamento entre esses profissionais às vezes pode ser o problema, e destacam a importância do médico neste processo.

Para C4:

"o médico é uma pessoa importante, dentro do sistema de saúde, né, não digo o mais importante, mas tem uma missão talvez das mais importantes, digamos assim, pode ser que em algumas situações ele pode ser o comandante deste processo, e às vezes não, então o papel de médico é fundamental nessas ações que fazem com que o indivíduo possa vir a buscar uma saúde plena."

Prossegue C2 dizendo que o médico faz parte de uma equipe, ressaltando que os diferentes profissionais de saúde que formam uma equipe, todos têm tarefas diferentes, porém o mesmo objetivo, e são complementares. O relacionamento do médico com os outros profissionais da saúde, pode interferir para o bem ou para o mal no cuidado com o paciente, porque um precisa do outro para o cuidado integral necessário a um paciente. Já C6 pensa que o cuidado do paciente, em uma equipe, cabe ao profissional médico.

O avanço tecnológico tem sido um importante fator de cuidado, afirma C6, e está propiciando diagnósticos precoces com chance de cura muito maior. Para C4 a tecnologia, o conhecimento avança muito rapidamente, mas o ser humano em sua essência ainda é o mesmo e acrescenta que o limite atual da própria ciência pode ser um limite para o cuidado.

O local de trabalho, sua estrutura e equipe interferem no cuidado ao paciente, isto é uma verdade para P1, P2, C4 e C7.

O cuidado também depende do aparato social existente, para encaminhamento do paciente, conta C5.

C4, destaca que ações em políticas de saúde interferem no cuidado. Diz:

"também interferem (falando de ideologias políticas), mas eu acho que a saúde tem que ser independente das ideologias, tem que ser integral, única, acima de qualquer ideologia."

As políticas de saúde formuladas pelo poder público e as condições de saúde do Brasil limitam o acesso ao tratamento e a exames complementares, por conseguinte limitam o cuidado, concordam P1 e P2. C4 lembra que não existe saúde de esquerda ou de direita, saúde é uma só.

P4 percebe a importância do Programa Saúde da Família para um bom cuidado em saúde, porém destaca que os médicos integrantes do programa não tem formação adequada para exercerem suas atividades. A diferença salarial é atrativo para outros médicos, sendo que alguns não teriam qualificação adequada, complementando ainda que as políticas públicas em geral podem ser um benefício ou um malefício para o cuidado dos pacientes. C6 e C5 concordam que a questão da remuneração pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é empecilho para um bom cuidado institucional e individual.

Para C5:

"...Você nunca esqueça que o SUS continua pagando R\$ 2,44 reais por uma consulta, como é que você vai realmente fazer um atendimento completo como manda o figurino, tu tem que ta preparado pra isto, ham?"

P2 destaca que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde prejudicam o trabalho do médico bem como para o paciente. Complementando a questão acesso P1 diz que até o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) seria melhor aproveitado se eles visitassem apenas famílias de risco e não todas as casas. P4, ao discorrer sobre políticas públicas, coloca que estas também são reflexos da sociedade, sendo este um ***"mundo de muitos direitos e poucos deveres"***.

C4 e C5 correlacionam a qualidade do cuidado à capacidade de produção do profissional médico.

Outros fatores que influenciam no cuidado, afirma C8, são culturais, como por exemplo, a influência da família, da cultura e do misticismo do paciente – seus valores e suas crenças.

C4 e C6 contam que entendendo cuidado como atenção, ambos não tem limites. E P1 se preocupa com o início do cuidado, que ele aponta como sendo quando se inicia o cuidar do paciente.

Segundo P3 o cuidado começa quando inicia o acesso ao serviço, médico quando o paciente decide procurá-lo e C2 concorda com ela.

5.2.4 Problemas e desafios

Este grupo de categorias expressa falas que colocam questionamentos, dificuldades, problemas para o cuidado médico em saúde de hoje, e lançam desafios, possíveis soluções futuras para tais problemas.

A categoria “Apoio Psicológico”, é originada da fala de C5:

"... não deveria existir um limite para este envolvimento (com a situação dos pacientes), mas o médico também deveria receber o suporte psico-terápico pra suportar estas coisas, ham?"

E desta surgem duas outras, sendo que a primeira vem da entrevista de P1, quando ao trabalhar com crianças que estavam em condições terminais, salientou a sensação de impotência, que poderia ter feito algo mais, sensação de culpa. ***"Quem cuida do cuidador?"*** emergiu de P3 quando esta discorria sobre a necessidade que médicos tem de também serem cuidados.

Num discurso enfático C8 ao falar sobre a influência que determinados acontecimentos, determinados fatores no passado do paciente podem ter em seu futuro, critica o cuidado por faixas etárias:

"... eu não sou favorável a essa coisa tão sistemática de divisão de idades [...] o pediatra tem que ter a visão de que o indivíduo vai ser um adulto. O clínico a visão de que o adulto vai envelhecer..."

Outro fator dificultador do cuidado é percebido por P3: a tendência do médico a querer oferecer ao paciente mais cuidado do que lhe é solicitado.

Em "mudança social" trago o relatado por C4 quando diz que *"o ser humano tem muito o que aprender sobre humanização, solidariedade e amor"*. P1 acrescenta que mesmo que não seja possível mudar completamente a realidade dura de alguns pacientes, ao menos deve, o médico, fazer o que estiver ao seu alcance. Sobre a participação do médico no processo de mudança do trabalho do médico atualmente P4 relata:

"... (o paciente) não tem mais aquele respeito a esse o profissional (o médico) a não ser que se mude as regras e para mudar as regras ele tem que trocar em toda esta estrutura aqui, aí ele muda as regras, se ele se unir a esta estrutura ele fica dentro deste plano que tem a medicina de alta rotatividade [...] Ele (o médico) poderia quebrar se ele tivesse uma estrutura de respaldo econômico para ele, como ele não tem, ele entra na máquina da produção [...] Acho que deve mudar (o mundo), acho que o médico tem que ter responsabilidade de encaminhar a mudança".

O comportamento do paciente pode também ser um problema para o cuidado do médico, conforme exemplificado por P4 e C5 quando ao contar experiências nas quais o individualismo, o egoísmo, o *"instinto de preservação maior que o de maternidade (P4)"* a arrogância, o hábito de querer pedir uma *"olhadinha (C5)"* sem ser uma consulta formal podem influenciar negativamente o cuidado do médico. P4 coloca como desafio ao amadurecimento profissional e pessoal do médico para saber lidar com tais situações, com tais pessoas, destacando ainda que a ingratidão que por vezes ocorre pode ser algo inconsciente, fruto do mundo complicado de hoje.

"...É mais eu acho que tudo é uma questão do próprio mundo, não é culpa dele (o paciente), estrutura do mundo hoje está muito ruim, [...], eu já consigo ver isto bem claro assim, vou sorrindo levando na brincadeira: há..então tá! Às vezes eu chego e está com um bico assim e vem de cortesia, e no final do período é que eu mando vir, né? E às vezes eu me atraso um pouquinho, demoro para atender, tá com bico assim... aí eu brinco e passa o bico, depois eles reclamam para a secretária: ela tá demorando, aí entram eu dou uma risadinha e já passa tudo..."

O médico de uma forma geral não tem muito o hábito de trabalhar com prevenção, assim C6 estimula esta prática como um desafio para um bom cuidado.

"Estes cuidados no sentido amplo tem muito aspecto de prevenção, mas na medicina é isso mesmo! (...) e todas as doenças a prevenção (...) total e abrangente, cuidar na medicina

ficaria mais fácil e nós de fato estaríamos cuidando dos pacientes, cuidando deles antes que eles ficassem doentes..."

Ao discorrer sobre a influência das ideologias nas políticas de saúde e no cuidado do médico, C4 afirma que para saber o que seria melhor ou pior se faz necessário realizar um estudo detalhado sobre a saúde entre países do "primeiro mundo" e países como Cuba.

Para P1 parece que uma grande necessidade dos médicos de hoje conciliar vida profissional e familiar com um bom cuidado com seus pacientes. Pois em alguns momentos, ao se cuidar de um pode prejudicar o cuidado com outro. Colocando como o equilíbrio do cuidado como uma possível solução para tal:

"...se você se disponibiliza muito para o paciente, se você está toda hora preocupado em estar proporcionando atenção ou atendimento, claro que você vai deixar a tua vida de lado, então este equilíbrio é que eu acho difícil da gente conseguir..."

5.2.5 Expectativas

Abrindo as expectativas do médico trago as falas de P1e P7. Ao expor as aspirações do estudante de medicina, P1 relata:

"A visão que se tem quando se pensa em ser médico é que você vai curar todo mundo. Não vai nem tratar, vai curar. Você pula etapas, já está na primeira fase, eu vou ser médico porque eu quero curar as pessoas. E esse desencanto que começa quando você vê que se cura muito pouco, a tua possibilidade de resolver definitivamente o problema é pequena em relação ao que você pensa quando está entrando no curso, ela vai diluindo e você se contenta em tratar, então já que eu não consigo curar, vou tratar."

Falando de tantas ocasiões que realizou cuidados extra-ordinários P4 refere desapontamento quando lhe é expresso ingratidão a tais cuidados extras.

As expectativas dos familiares dos pacientes também apareceram nas entrevistas, através de diferentes pontos. P1 salientou o sonho dos pais de que seus filhos sejam adultos felizes, e "ajustados" socialmente, no qual esperam que o médico seja parceiro e contribua para esse sonho. P4 destaca como é bom o médico de toda a família que cuida das diferentes gerações. Já C2 alonga-se um pouco mais ao discorrer sobre como familiares esperam do cuidado médico para com o paciente, sendo que alguns seriam mais exigentes quanto a isso e

outros teriam uma maior tolerância para com as limitações do médico, da equipe e da instituição de saúde.

"Há pacientes em que a família tem uma expectativa muito grande em relação à ação do cuidado e outras que entendem as limitações dos métodos, das pessoas, da estrutura hospitalar onde estão localizadas. A gente freqüentemente tem que adaptar o tipo de relação ao tipo de paciente e também cada vez mais comumente a família, ou grupo de indivíduos que o cercam. Então às vezes eles são muito exigentes em relação ao trabalho da equipe de saúde, do médico, enfermagem e a gente acaba atuando de uma forma mais aguda, digamos assim, e outras vezes quando existe um grau de compreensão maior do paciente e da família o médico às vezes toma atitudes assim mais adequadas em relação à situação do indivíduo."

O paciente que ao decidir procurar ajuda profissional também chega com expectativas, é este o tema de observações feitas por P1, P2, P4, C2 e C7.

"O paciente vê no médico, a pessoa capaz de lhe restabelecer" a saúde é a expectativa trazida por C2. P2 comenta que a população espera algo mais do médico do que apenas a prescrição. Complementando, C7 diz que mesmo no caso de um paciente terminal, onde a cura seria ainda mais desejada, é esperado do médico um cuidado maior e não apenas que desenvolva suas técnicas. P1 arremata dizendo que *"aquilo que o paciente quer é se sentir cuidado"*.

P4, ainda falando da expectativa do paciente, ao discorrer sobre situações onde a cura não é possível, mas é fortemente desejada pelo paciente, e este se vê diante de ofertas alternativas de cura, então tudo isso meche com o imaginário popular e é por isso comentado, ajudando a propagar tais ofertas alternativas.

5.3 Diferença entre curar e cuidar

A relação do cuidado com a cura é colocada por P2, P4, C3, C4 e C7. Sendo que C3, C7 e P2 enfatizam que a cura só é possível quando é causada por algo que pode ser afastado definitiva ou temporariamente (P7). P4 relata uma face mais ampla do cuidar e engloba o curar sendo este uma consequência daquele, com o qual concorda C7 e C4, este ainda destaca que mesmo se a cura não é possível resta sempre o cuidado, tendo o aval de C7.

P4 argumenta, que o médico cuidador tem poucas consultas novas, porque ele usará muito de seu tempo em conversas com o paciente, controles e acompanhamento. Se o médico

tem muitos novos pacientes, ele apenas cura o problema imediato e transfere. Para este profissional, *"o médico é um agente facilitador e catalisador da cura"*. C6 refere que a cura é consequência do cuidar. E C3 acrescenta que os pacientes portadores de doenças crônicas são mais cuidados do que curados. E C7 introduz que os pacientes procuram/precisam ser mais cuidados do que curados.

Para C3 curar é o melhor resultado possível do cuidado.

P4 ao discorrer sobre situações onde a cura não é possível, mas é fortemente desejada pelo paciente, e este se vê diante de ofertas alternativas de cura, então tudo isso meche com o imaginário popular e é por isso comentado entre a população, ajudando a propagar tais ofertas alternativas.

5.4 Prática do cuidado em saúde

5.4.1 Relacional

São várias as práticas utilizadas para o cuidado com o paciente, no cotidiano dos profissionais médicos entrevistados de âmbito mais relacional.

C8 e P3 destacam a atenção ao indivíduo, entre elas. Já P1, P3 e P4 utilizam a disponibilidade como diferencial. E P4 ainda acrescenta que o médico deve ser cortês e altruísta, não esperando gratidão de seus pacientes. P3 salienta a importância de proporcionar conforto ao paciente como forma de cuidado.

Como características do cuidado C2 percebe que a conversa, o diálogo com o paciente é necessário, C5 concorda e chama isto também de *"postura participativa"*, já P3 acredita que além de *"ouvir"* é de suma importância, *"saber ouvir"*.

O que muda na prática é *"a tática de ação, uma abordagem relacional diferente"*, mesmo objetivo de fazer o melhor possível dentro do disponível, diz C2.

C6 salienta que o médico não pode valorizar mais o exame do que o paciente, que deve perceber que tem alguém interessado nas queixas dele, receber carinho e atenção. Esta questão de demonstrar interesse também foi relatada por P1.

P3 e C5 vão mais além, eles acreditam que para cuidar é necessário envolvimento emocional com a situação do paciente.

"... Acho que a gente tem que sentir o sofrimento da família, se a criança está doente, pra poder fazer o melhor para a criança", diz P3.

"... Me preocupo em saber da vida dele, como é que está pessoalmente, a situação social, familiar, emocional dele. Me envolvo bastante...", completa C5.

Para ser acessível ao paciente o médico deve ter humildade, linguajar adequado, atitude polida, enfim toda uma maneira de portar-se, sem prepotência, segundo P1. E ele acrescenta que o profissional sente-se mais seguro ao trabalhar com aspectos biológicos do paciente.

P1, C5 e C8 comentam que o médico deve se responsabilizar por seu paciente. O paciente se sente cuidado quando o médico está próximo, é uma presença constante, diz P1.

Às vezes o paciente chega com medo do **"Doutor"**, mas com a prática, expressa C8, o médico desenvolve uma espécie de **"feeling"** capaz de perceber a linguagem não verbal do paciente, para saber como ele é, como ele pode reagir ao diagnóstico e prognóstico e desenvolve também a capacidade de promover a colaboração do paciente no tratamento e, demonstrar que a responsabilidade das decisões também é dele. É dever do médico mostrar a realidade, inclusive de que ela pode ser dura, sem esconder nada, o profissional deve ser sincero sobre tudo que o indivíduo precisa saber sobre sua doença.

"...Não tem cura, não tem cura, a pessoa tem que aceitar..." e *"...tento tirar o máximo possível da gravidade (no sentido cultural) .."* são falas de C8 e P4, respectivamente, que orientam a prática educacional destes médicos referente a aspectos clínicos de seus pacientes. C5 complementa dizendo que procura ensinar quais são os sinais e sintomas de alerta, em especial para pacientes de doenças crônicas.

P4 destaca ainda que freqüentemente como prática educacional tem que retirar a culpa que existe em certos pacientes, bem como o teatro existente sobre certos sintomas e diagnósticos. Já C8 ao lidar com casos prognosticamente mais reservados, procura empoderar psicologicamente seus pacientes para entender que **"doenças genéticas são algo comum na natureza"** e que existe um lado bom em **"ser diferente dos outros"**. Completa seu cabedal ao dedicar tempo para esclarecer, desmistificar, alertar e aconselhar seus pacientes.

Devido a grande quantidade de informação circulante atualmente, e a facilidade de acesso a elas por alguns pacientes, P4 coloca outra função importante do médico como um

"filtro de informação", destacando-o como sendo o *"melhor informante"*. C5 acrescenta que ao fornecer informação e fontes de informação confiáveis ao paciente o médico pode também estimular que o paciente busque mais conhecimento por si.

O cuidado é exercido não apenas pelo médico e profissionais de saúde, mas também pelos integrantes da família do paciente, com isso concordam P3 e C8. A primeira diz que *"... (o médico) precisa conquistar os familiares para fazer o melhor para criança.."* e *"... é na família que a criança tem que ser bem cuidada..."* complementando que esse cuidado deve ser *"... o melhor possível.."*. Já a segunda destaca que a família tem sua importância na compensação de doenças crônicas, como a hipertensão e diabetes, principalmente no que diz respeito às mudanças de hábitos de vida destes pacientes. P3 diz ainda que é importante a presença dos pais quando o médico for realizar quaisquer cuidados com a criança, para que se necessário possam eles aprender a cuidar, e se preciso a presença de outros familiares isto também deve ser estimulado para se aumentar a *"rede de apoio materna"*.

P3 comenta ainda que as Unidades Básicas de Saúde seriam locais de privilegiada ação em educação e saúde.

Cada paciente é único, com personalidades diferentes, concordam P4, C5 e C8, portanto devem receber cuidados, envolvimento e tratamento diferenciado. C8 ainda acrescenta que o médico deve chamar o paciente pelo nome, sem usar as generalizações como *"mãezinha"*, *"vovozinha"*.

C6 lembra sobre os cuidados especiais que o profissional médico deve ter com o paciente com dor.

Então, *"o médico quando conversa, quando pergunta algo além do estritamente biológico, está fazendo algo a mais, está efetivamente cuidando"*, expressa C5.

5.4.2 Procedimentos

Várias práticas são citadas pelos entrevistados como utilizadas para exercer o cuidado. Uma delas, o acompanhamento, é destacada por C8 como sendo muito importante, especialmente em casos clinicamente mais relevantes e em situações onde deseja avaliar se as orientações que fez ao paciente estão ou não tendo êxito.

C8 também salienta que o aconselhamento genético, muitas vezes simples não é feito pelos médicos em geral, embora de grande importância.

Pontuando cuidados específicos como o cuidado ao se fazer o diagnóstico, especialmente sobre a causa do sofrimento do paciente, cuidando de uma analgesia adequada, cuidando dos detalhes, as pequenas coisas que fazem a diferença e avaliação de própria conduta quando o paciente não mais a procura, para ver se tem falha na relação médico-paciente ou se o paciente está tendo acompanhamento com outro médico, são práticas de P3.

P1 faz associação entre local de trabalho e forma de cuidado. Associando tempo que se tem disponível com qualidade do cuidado frente às necessidades em saúde do paciente. Destacando assim, que consultas mais longas, "**necessidades centradas**" são geralmente praticadas em ambulatório, e as mais curtas, "**queixas centradas**" acontecem geralmente em ambientes de emergências hospitalares ou pronto-atendimentos.

Recomendam uma contextualização do paciente três médicos. P1 destaca a importância de se considerar o paciente como um todo. Ele é complementado por P4, ao dizer que o "*médico cuidador é o mais amplo possível*" para se buscar uma "*cura real*". Já C2, defendendo que embora o cuidado seja o mesmo (dentro do seu conceito de cuidado) de acordo com o contexto de cada paciente pode haver diferença na "*estratégia de abordagem*" de um ou outro paciente.

P4 em vários momentos de sua entrevista cita a necessidade de o médico realizar cuidados que vão além dos ordinários, exemplificando com consultas fora de seu horário regular de trabalho, mesmo sob "**chuva torrencial**".

Existe benefício para o paciente, deixá-lo psicologicamente bem o máximo de tempo possível, é uma estratégia adotada por C8, sugerindo ainda que:

"...tem aquelas famílias que põem o paciente para baixo e aquelas que põem o paciente para cima. E eu acho que é importante nós conversarmos com a família. Parente que põe o paciente para baixo tem que ser conversado, porque ele pode ter uma forma de ver o mundo que não é real. Ele atrapalha o tratamento. Eu acho que a gente tem que ver isso também...."

Em duas situações P4 considera importante o encaminhamento, e diz ser essa uma prática cuidadora. Quando se faz necessário uma referência no sentido técnico e quando existem problemas na relação médico-paciente.

Ao comentar sobre as diferentes possibilidades de evolução dos pacientes entre si, C8 ratifica o acompanhamento rigoroso destes pacientes e de suas evoluções.

C2 considera que um exame físico detalhado é de grande valia para o atendimento do paciente, e lembra disto ao aferido sobre como cuidar bem de seus pacientes. Em especial antes de solicitar exames complementares, o que corrobora com ele C6.

Cuidar bem de seus pacientes requer certa disponibilidade de tempo por parte do médico. E como isso é escasso P1 ao comentar sobre isso, sugere o gerenciamento do tempo como uma possível solução. Ele exemplifica com o planejamento da agenda de seu consultório. Na qual, por não concordar com "encaixes", por julgar que atrasam médicos e pacientes, ele deixa horários previamente vagos para atender eventuais consultas de urgência/emergência.

C8 ainda destaca também que quando pairam dúvidas sobre o diagnóstico de seus pacientes, ela insiste em uma investigação clínica intensa, para evitar possíveis complicações do estado de saúde de seus pacientes. E se seus pacientes apresentam tendência familiar a manifestação de certas patologias além da investigação ela enfatiza a necessidade de uma orientação adequada.

Também ratifica a orientação, P1, com o diferencial que estende essa prática às situações particulares quando existe o desejo dos pais de que seu filho seja mais "ajustado socialmente".

Outro ponto em muitas falas destacado por P4 foi a resolutividade do médico. **"...Tem que ter competência para saber o que está fazendo..."**, ela diz. Complementa que quando tem que acordar certas mudanças na vida dos pacientes procurar traçar metas objetivas, porém com certa flexibilidade de cobrança, reforçando a combinação sistematicamente e "exigindo" 100% se não houver esforço para cumprimento das metas flexibilizadas anteriormente.

P1, P3, C2 e C3 percebem o tratamento sugerido pelo médico como forma de cuidar. Sendo que C2 e C3 explicitam tal sugestão. C3 coloca: **"... o médico deve orientar o paciente a manter ou recuperar a saúde, implementando e executando o tratamento..."** quando perguntado sobre como cuida. P3 acrescenta que este tratamento cuidador pode ser além do medicamentoso, destacando o ato de ouvir como sendo terapêutico. Já P1 complementa dizendo que muitas vezes o tratamento puro e simples, pode não ser suficiente, e o médico deve procurar avaliar o que mais pode fazer para ajudar o paciente.

C5 percebe a importância deste **"algo a mais"** que a terapêutica e enfatiza a importância do médico conhecer o aparato social vigente (cita comunidades terapêuticas, casas de apoio, locais que oferecem vagas de empregos), e utilizá-lo para encaminhar o paciente. Aproveitando ocasiões como a de internações hospitalares (mas não se limitando a elas), no qual existem outros profissionais especialmente disponíveis para esses fins (cita assistentes sociais). P3 acrescenta a necessidade do médico articular a comunidade, na qual o serviço onde ele trabalha está inserido, para reivindicar alterações sociais necessárias.

5.4.3 Consequências do cuidar

5.4.3.1 Vantagens

A medicina traz muitos momentos recompensadores, sobre isso inclui falas de três pediatras e quatro clínicos. P1 inicia, dizendo que se sente realizado com a satisfação do paciente. Quando são lembrados pelos familiares por cuidarem com atenção de seus filhos, quem se sente satisfeito é P2. Já P4 generaliza ao dizer que está satisfeita por ser médica e desempenhar bem sua função, fazendo também um auto-reconhecimento.

Para P4: *"... É esse meu cuidado em saúde. Eu acho que isso é um retorno bom."*

C4 exemplifica que mesmo com todo o arsenal tecnológico que a medicina européia dispõe, ele tem três pacientes que vêm regularmente ao Brasil e preferem consultar com ele. Em linha similar, C8 coloca que no acompanhamento de seus pacientes mesmo após tratamento básico realizado, muitos pacientes retornam a procurá-la, mesmo sem queixas, querem apenas conversar com ela. C6 enfatiza que cuidar do paciente evita processos judiciais e passa uma imagem de competência.

Já C7 sente-se realizada, mais satisfeita por ter tomado a decisão de atender menos pacientes, com maior qualidade, dedicando-se mais tempo a cada um, mesmo com menor remuneração. Diz que assim age mais coerentemente com seus princípios.

Ao falar de sua decisão C7 comenta:

"... eu me sinto muito mais útil e talvez vendo menos pacientes, Mas com uma melhor qualidade do que uma quantidade muito grande. Financeiramente claro que é um baque, é difícil, mas é uma questão de viver, de estilo de vida, do que tu queres na vida, né? Eu acho que algumas coisas vão contra minha maneira de pensar, de trabalhar, então não consigo assim ver muitos pacientes ao mesmo tempo pra mim é difícil, não dá, [...] Na prática médica, acho que uma maior valorização pra mim, eu me sinto mais realizada, não correndo tanto atrás da máquina, plantões e trabalhando em vários lugares... acho que o optar por ganhar menos, mas fazer algo mais dentro do que eu penso, dentro dos meus princípios enfim, eu acho que me traz mais tranquilidade inclusive no relacionamento médico-paciente, no cuidado com o paciente."

5.4.3.2 Desvantagens

P1, P2, C5 e C8 referem aspectos diferentes das consequências do cuidado. O primeiro comenta um possível desgaste do profissional médico cuidador, já o segundo diz que uma vez que existiu o cuidado a família tem o direito de quando precisar do médico buscá-lo. O último comenta que o paciente pode se tornar dependente do cuidador para atos em saúde. P1 concorda com ele e acrescenta que o profissional de saúde também fica com dependências e limitações por se dispor a ser um cuidador.

C5 diz que cansou primeiro: *"... Me envolvo bastante. Até por isso é que eu cansei mais cedo."*

5.5 Atitudes frente a situações especiais

Frente a questões formuladas sobre determinadas situações especiais, como: Auto-Cuidado, Médicos cuidando de Médicos, Paciente Terminal, Paciente “Problema” e Paciente Particular, Convênio e SUS, os entrevistados relataram suas opiniões.

Com a fala seguinte inicia-se a categoria do auto-cuidado por parte do médico.

"... A gente tende a subestimar ou superestimar os problemas , existe um viés grande...".
(P2)

P3 e P4 concordam que a prática do auto-cuidado pelo médico, não é a situação ideal, pois com o conhecimento que ele possui sobre a doença, sintomatologia e evolução, ele pode superestimar ou subestimar problemas. P3 vai mais além, quando afirma que o médico dá pouca atenção para a auto-prevenção. P2 diz também que com doença na família, o médico assume o papel de familiar apenas e não de médico da família.

Quase todos os entrevistados concordam que é diferente quando se trata de paciente médico. C4 afirma que atender um colega como paciente, trás uma preocupação maior, de alguém que também conhece o que você está fazendo. P3 ainda ressalta que como o médico é um paciente bem informado, ele tem expectativa maior que o paciente comum.

"... tu pensa assim, eu tô no meu consultório, eu sou médica, e uma médica vem me procurar, no momento que ela procura ela já viu todos os médicos que podia antes, buscou informações, então na hora em que ela decidiu te procurar ela já viu tudo isto e ela espera muito mais de ti do que um paciente comum, é uma expectativa muito grande. E a gente acaba ficando, às vezes, perde o controle de querer antecipar as coisas, de sair pedindo

exames e as vezes não conversa e não dá atenção que seriam para qualquer paciente, e aquela idéia de que médico sempre complica..." - P3.

P3 e C5 referem-se ao fenômeno denominado “esmeraldite” - *"doença de médico e familiar de médico é complicada e diferente"*. C6 discorda, diz não acreditar na “esmeraldite”. Já C5 diz que toma muito mais cuidado, mais atenção, quando o paciente é médico. P4 diz que além da atenção maior, isto também gera maior tensão para o médico cuidador.

Em virtude destes argumentos, P3 afirma que muitos médicos preferem não marcar consulta de pacientes médicos, e ainda que falta preparo, formação médica, para médicos cuidarem de médicos. C2 diz perceber também, que médicos não são bons pacientes para seguir o tratamento indicado.

P2, C6 e C8 concordam que o cuidado e o tratamento devem ser o mesmo, mas C8 acrescenta, é importante respeitar o conhecimento que o colega-paciente possui, portanto o linguajar é diferente e como conhece medicina, tem o direito de saber tudo a seu respeito, a respeito da sua doença. Pode-se estudar junto o caso, é importante poder conversar abertamente, sobre o que quer saber e o que quer deixar que o médico resolva por ele mesmo. Demonstrar confiança.

Para P4 o médico não tem conhecimento suficiente para cuidar bem de si mesmo, tem apenas criticidade. Ele embasa sua opinião na afirmação de que o médico ao relatar sua história, ele relata sua interpretação também e isso induz, mesmo inconscientemente, a extrapolações do cuidado mais agressivo ou desvaloriza a queixa.

A próxima situação especial emergente das entrevistas é a do relacionamento com o paciente terminal. P3 pensa que na residência o médico não tem preparo para lidar com a morte e com a família de pacientes terminais, e que isso faz falta, pois ela exemplifica o fato de ter momentos onde a exposição maior ao tema é melhor para o aprendizado. P3 diz ainda, que é preciso *"cuidar como se fosse um filho, como alguém que amamos"*. O paciente terminal exige mais do médico, o cuidado é mais intenso e acaba sendo difícil de esquecer, ao menos até a situação se repetir.

O cuidado com paciente terminal deveria ser basicamente paliativo (dor, desconforto, etc), e confortar a família, e não prolongar o inevitável com mais sofrimento, é opinião de P2.

C2 acrescenta que com o paciente terminal o objetivo do cuidado muda, passando a ser *"fazer o melhor possível"*, pois não se irá restabelecer a condição de normalidade da saúde.

Embora o "ato médico", para C2 ainda será o mesmo, fazer exame clínico, pedir exames complementares, fazer diagnóstico e tratamento.

C5 relata que quando temos pacientes terminais resta apenas o cuidado e isso pode ser frustrante para o médico:

"... você vai se envolvendo, mas o paciente vai morrer, tudo direitinho, ham? [...] já tá falido e tudo e não vamos conseguir e vão morrer em pouco tempo, e aí? Vou me envolver até que ponto que eu vou entrar nisso aí, no passado nós pegamos isso daí. tu fazia o diagnóstico [...] e ver o cara morrer sem problema, dando.. cuidando... dando um cuidadozinho aqui para...um conforto na hora da morte [...] apenas cuidando... Não fica tratando mais de nada, a não ser conforto."

P4 resume assim as diferentes posturas frente a pacientes terminais:

"... Para o paciente terminal tem três posturas, uma postura de deixa ir e... de desapego, porque na verdade o paciente terminal é uma frustração pra medicina que ela é limitada né? Então ela é obsoleta. E existe um outro tipo que é aquela pessoa que não aceita a terminalidade e daí tem uma postura de agressão...tentativas múltiplas... e existe ainda o outro cuidado que é o cuidado do apego junto ao paciente terminal na qualidade da morte, esse é o mais difícil de todos."

Sobre o envolvimento do médico frente ao sofrimento e a terminalidade do quadro do paciente, P3 destaca que sua opinião não é consenso, é minoria, porém ela pensa que :

"... o médico tem que se envolver emocionalmente, mas que isso não ia fazer ele tomar a conduta errada por estar envolvido, não ia errar uma prescrição, ou deixar de dar o melhor atendimento técnico para o paciente se tivesse envolvido emocionalmente, ou sentindo o sofrimento da família. [...] Agora se não perceber a situação eu acho que pode deixar de tomar situações que deveria. Eu não tenho medo de me envolver e de sofrer com isso. Eu me sinto aliviada se morre um bebê, mas eu pude dar apoio para aquela família, agora se morre um bebê e eu sequer tive a oportunidade [...] é pior para mim. Eu prefiro conhecer antes a família e depois ter consciência de que o que eu tinha condições de fazer, eu tive tempo para fazer..."

As conseqüências sócio-econômicas, perda do emprego, limitações sociais e familiares, e até mutilações impostas pelo tratamento são destacadas por C6 como complicações da terminalidade.

C5 é o único médico que aborda a questão dos pacientes problemas, drogaditos e alcoólatras, estes precisam primeiro ser tratados do vício, afirma. Este tipo de paciente precisa

investir, interagir, gastar mais tempo com ele. Com alguns este investimento dá retorno, com outros, é como falar com uma porta. *"O feeling da gente é que guia, como, onde e até quando investir"*.

Para C2, o paciente com mais recursos financeiros tem mais acesso a profissionais, técnicas, métodos e instituições melhores. E P3 correlaciona a observação de que o paciente particular melhora rápido, é melhor cuidado (mais tempo com a família, visitas, alimentação adequada, etc).

"... no mesmo hospital e na mesma UTI, o fato de ter uma tarja bem grande num prontuário escrito leito particular, isto abre as portas de uma tal forma que você pode entrar a qualquer hora, enquanto paciente do SUS, fica lá só tem meia horinha de visita, tá... Até o tipo de suco, se um suco natural ou se é um suco artificial, a atenção, é pegar... para mesma doença o tempo de internação numa UTI do SUS é mais prolongado do que para a mesma doença numa UTI privada. Porque que o paciente melhora mais rápido? Não deveria ser assim..."

P3 diz que SUS precisa se desenvolver. Melhorar a articulação do médico com a comunidade e paciente para reivindicar necessidades dos gestores. Um tipo modelo ideal é o canadense, onde saúde é prioridade estatal.

5.6 Percepções frente às diferentes áreas

Relatamos a seguir os comentários que caracterizam, na opinião deles, as diferenças ou não da forma de exercer o cuidado entre Médicos Pediatras e Clínicos.

P2 alega não saber a diferença por não trabalhar com adultos.

Já C2, C6 e C8 dizem não haver diferença no cuidado médico efetuado por Pediatras ou por Clínicos.

P1 acrescenta que a diferença está na autonomia. O paciente adulto é mais autônomo, decide junto com o médico sobre seu tratamento e o adulto é autônomo também no autocuidado, enquanto que a criança depende da família.

P4 salienta que a diferença do cuidado está na pessoa, no Cuidador e não apenas na formação profissional.

O médico sofre mais, se envolve mais, presta mais atenção quando cuida de criança, diz C5. P3 e P4 acreditam que o Pediatra desenvolve mais sensibilidade, porque lida

diariamente com a ternura da criança. P1 e C5 argumentam que a criança é mais sincera do que o adulto, quando ela chora tem algum problema efetivamente, enquanto que com o adulto isto não é uma regra.

P3, P4 e C4 dizem que há uma diferença de perfil entre o Clínico e o Pediatra, eles comentam que o Clínico demonstra ser mais impessoal, sendo que pouquíssimos clínicos abraçam seus pacientes. Salientam ainda que o Pediatra possui mais cultura de prevenção. Mas existe alguém mais impessoal do que o Clínico, que é o Cirurgião que, segundo P3 e P4, ele vê somente o procedimento cirúrgico e distancia-se do paciente.

Outra diferença referida entre o clínico e o cirurgião, foi que P3 e P4 concordam ser o médico cirurgião mais distante do paciente do que em relação ao clínico. P4 salienta ainda que o cirurgião abraça menos ainda o paciente.

6 DISCUSSÃO

6.1 Saúde

6.1.1 Conceitos de Saúde

Embora a análise sobre o conceito de saúde não fosse primariamente o foco central deste trabalho evidenciou-se que aqueles entrevistados que defenderam um conceito mais tradicional (restrita?) de saúde (ligado à ausência de doenças), também o fizeram em relação ao cuidado (ligado à parte procedimental), algo diferente aconteceu com os que consideram cuidado como atenção integral ou mesmo qualidade de vida que acabam definindo saúde também de uma forma mais ampla.

Entendendo que a concepção sobre saúde-doença que o médico tenha possa influir sobre sua concepção sobre o cuidado.

Não há um consenso na literatura pesquisada sobre saúde, também não ocorreu entre os entrevistados. Mesmo os conceitos emergidos não sendo excludentes.

O Conceito de Saúde, como tantos outros que envolvem o complexo ser humano também é muito dinâmico, e tem demonstrado sua complexidade ao longo da história. Para Mario Testa citado por Freitas¹⁹ a "*saúde é um conceito indefinido*", já na declaração da 8ª Conferência Nacional de Saúde¹⁹, "*a saúde não é um conceito abstrato*". E isto também se refletiu ao longo dos sete conceitos de saúde expressos pelos entrevistados.

O tradicional conceito de saúde "Ausência de Doenças" de Boorse (1975,1977) citado por Almeida Filho²⁰ datando da década de 1970 foi o mencionado por três médicos entrevistados. Tal conceito tem como primeiro complemento o popular conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS).⁵

Da categoria "Bem Estar" referiram-se sete médicos (de um total de doze) utilizem ou o próprio ou adaptações do conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS). Apenas um, referiu ter dificuldades para conceituar saúde. E talvez por isso tenha ao longo de sua entrevista trabalhado com conceitos diversos.

Pela OMS⁵ saúde seria um "completo bem estar bio-psico-social", além de ausência de doenças ^{5,21} é muito questionado. Para Da Ros²² as críticas são feitas sobretudo à primeira parte: "Completo bem estar..." Segre e Ferraz citado por Da Ros²² o criticam como sendo inatingível. Opinião parcialmente aceita pelos organizadores dos documentos das cartas de promoção à saúde do Ministério da Saúde⁵, sendo contextualizada de que tal definição foi bastante avançada para época, e aponta para uma discussão muito produtiva de ampliar o

conceito de saúde, para áreas além do tradicional entendimento de saúde. E que exigem o envolvimento de mais setores da sociedade para que venha a ser verdade. Emergiram dos depoimentos sete referências a tal conceito, sendo que dois o comentaram como sendo inatingível.

Para Alcântara²³ o conceito da OMS seria simplista e errôneo. Diz:

Quanto ao bem estar físico, anomalias anatômicas das vias urinárias, por exemplo, podem não afetá-lo por longo tempo e são anomalias graves. Quanto ao bem estar psíquico, supõe-se que não abranja preocupações intensas; será anormal a pessoa que se preocupa intensamente com a saúde de seus pais ou com o futuro de seus filhos? Quanto ao bem estar social, é expressão algo ambígua: se refere a boas condições de convivência social, cai no caso anterior; se refere a boas condições sociais da sociedade onde a criança vive, deixa de ser componente ou característica de normalidade para ser etiologia de normalidade.²³

Para Mário Testa citado por Freitas¹⁹, saúde é um conceito "*complexo e indefinido e que o objeto de trabalho da medicina é o corpo que trabalha, que ama, que luta...*".

Três entrevistados definiram saúde como algo ligado a "Plenitude e Perfeição" (semelhantemente ao que aconteceu com os que citaram o conceito da OMS) parecem pensar diferentemente entre si.

Coelho e Almeida Filho²⁴, quando citam vários autores (Canguilhem, 1978, 1990; Freud 1980; Lacan, 1988; Kleinman, 1980, 1986; Good, 1980, 1994; Young, 1982; Bibeau, 1988, 1992; Bibeau & Corin, 1994) que destacam:

[...] a saúde constitui um estado dinâmico que pode depender de muitos fatores: Contexto sócio-econômico-político-histórico-cultural, genótipo, psiquismo, modo de vida, aspecto e situação. Ela se desdobra nas normalidades mental e orgânica, mas ambas não necessariamente coincidem (Jaspers, 1985; Canguilhem, 1978; Foucault, 1976). A saúde difere tanto quantitativamente quanto qualitativamente da enfermidade. Ela não implica o completo bem-estar (Berlinger, 1978), a normalidade total, a ausência de anormalidade, uma vez que esta concepção se distancia da realidade concreta. A saúde implica, sim, uma quantidade moderada de sofrimento, com predomínio de sentimentos de bem estar. Ela é um ideal desejado, mas também uma realidade concreta²⁴.

Concordando com o determinismo conceitual de "Igualdade dentro da Normalidade" também emergida das entrevistas temos os conceitos mais antropológicos e filosóficos de saúde.

Foucault^{26,27} ressalta a determinação social da saúde e da doença. Sendo para o autor o rendimento e "a saúde individual indispensáveis para o bom funcionamento da nova engrenagem social"²⁴.

Avançando da saúde coletiva, em hábitos de higienismo para o nascimento da clínica, para a "intervenção sobre o homem, seu corpo, sua mente, e não apenas sobre o ambiente físico. Buscava-se, com isso, normalizá-lo para a produção. Numa perspectiva, onde o homem seria como uma máquina, podendo ser consertado e programado"²⁴.

Freud e Lacan citados por Coelho e Almeida Filho²⁴ salientam a possibilidade de o que é considerado anormal pela medicina pode ser tido como normal pelo indivíduo ou ao grupo ao qual ele pertence, dependendo do contexto individual ou do coletivo.

Neste mesmo texto as autoras²⁴ sugerem distinguir três níveis de saúde: 1) Primário, mais ligado ao "padrão e desenvolvimento científico de saúde, considerado como universal"; 2) Secundário, oriundo do padrão "popular particular a um dado grupo social"; 3) Um Terciário, mais restrito ao entendimento do indivíduo.

Ainda conforme Coelho e Almeida Filho²⁴ "a saúde relaciona-se, então, à forma pela qual o sujeito interage com os eventos da vida. Essa forma é construída ao longo da existência, desde a infância" e pode chegar a se misturar com o conceito de viver (o que é concordante com os entrevistados que abordaram o tema).

Canguilhem²⁷ destaca que "[...] para o homem a saúde é um sentimento de segurança na vida, sentimento ente que, por si mesmo, não se impõe nenhum limite." E continua: "A saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valores, de instaurador de normas vitais." Considera ainda que a saúde se realiza no genótipo, na história da vida do sujeito e na relação do indivíduo com o meio.

Retornando aos conceitos ligados a profissionais da saúde, exponho a concordância de Campos²⁸ e Merhy^{2,11} em trabalhar com o conceito de saúde como capacidade de autonomia do indivíduo. Campos²⁸ descreve assim o conceito ao falar da finalidade das instituições de saúde:

[...] as instituições de saúde deveriam existir tanto para ajudar cada cliente a melhor utilizar os recursos próprios, partindo sempre do reconhecimento da vontade e do desejo de cura de cada um, como para lhes oferecer recursos institucionais também voltados para melhorar as condições individuais e coletivas de resistência à doença. Neste sentido, faria parte fundamental de qualquer processo terapêutico todo esforço voltado para aumentar a capacidade de autonomia do paciente para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em consequência da capacidade de cada um instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e qualidade de vida.²⁸

A 8a Conferência Nacional de Saúde¹⁹ declarou saúde como sendo:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da

terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Defini-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, deve ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.¹⁹

6.1.2 Fatores relacionados à saúde

Quanto aos fatores ligados à saúde foi citado o conceito de doença. Embora possa parecer um conceito mais objetivo que saúde, a respeito do que aconteceu com saúde, com este conceito também não existiu consenso. Foram dois os conceitos mencionados pelos entrevistados, de forma diferentes, embora não excludentes. Algo semelhante aconteceu com o visto na literatura pesquisada.

Ambos os entrevistados ao se referirem à doença ou adoecer o fazem no sentido de antagonizar um de seus conceitos de saúde ou seus recursos. Já os teóricos estudados parecem ampliar ou até mesmo complementar o conceito de saúde ao falar do adoecer.

Sendo que para Canguilhem²⁷ a possibilidade de adoecer é parte constitutiva de se ter saúde, uma vez que para o autor, ter saúde implica em poder se restabelecer quando se adoece.

Freitas¹⁹ ainda cita Gomes e colaboradores, no qual analisam os vocábulos da língua inglesa "disease", como sendo "doença tal como ela é, e aprendida pelo conhecimento médio", continua com "illness", descrevendo-o como "a doença experimentada pelo doente." e "sickness" como sendo "um estado muito menos grave e incerto que o precedente... de maneira geral, o mal estar". Visão semelhante é colocada pelo antropólogo Helman²⁹ e o médico Knauth³⁰.

Freitas¹⁹, com a pretensão de aprofundar e enriquecer a análise dos componentes não biológicos dos fenômenos do processo saúde-doença, sistematizaram um modelo que concedia especial importância teórica à noção de doença-*sickness*, com ênfase nos aspectos sociais e culturais que paradoxalmente haviam sido desprezados pelas abordagens sociológicas anteriores.

Conforme Canguilhem²⁷ a possibilidade de adoecer é parte constitutiva de se ter saúde, uma vez que para o autor, ter saúde implica em poder se restabelecer quando se adoece.

Para Coelho e Almeida Filho²⁴, sintetizam o pensamento canguelhemiano colocando que:

A norma, em última instância, é sempre individual. Cada indivíduo tem sua própria concepção de normalidade. A normalidade deixa de se restringir a um único padrão, deixa de ser conforme um modelo pré-definido de saúde e passa a se expressar de diferentes formas.

A saúde implica poder desobedecer, produzir ou acompanhar uma transformação. Ela pode até significar um desvio das normas sociais. Já o patológico é a perda da capacidade normativa, a impossibilidade de mudança, a fixação e a obediência irrestrita à norma. O homem normal é capaz de instituir novas normas, mesmo que orgânicas (Canguilhem 1978). Na relação com o meio, o ser vivo, ao invés de apenas sofrer influências, procura uma situação na qual recolhe as influências que correspondam a suas exigências. Ele estrutura seu meio. O meio do ser vivo é também obra do ser vivo que se furta ou se oferece a certas influências. O normal e o anormal são determinados pela quantidade de energia que o ser vivo dispõe para estruturar o seu meio. A medida desta quantidade de energia revela-se na história de cada um.²⁴

A interface entre o ser saudável e o estar doente é colocada pelos entrevistados mais associada ao efeito da doença sobre a saúde e a atitude do paciente ao adoecer. Talvez por provavelmente terem contextualizado o presente momento e não como esta interface foi abordada através da história.

Longe de ser apenas uma discussão semântica, a definição de saúde e doença é essencial para a definição da abrangência para a preservação da primeira e do combate à segunda, por todos os intervenientes, e, particularmente, pela medicina.

A construção dos conceitos de saúde e doença também depende do contexto social no qual o indivíduo está inserido, da forma como o médico compreende esse contexto, para a partir daí, analisar os sintomas desagradáveis apresentados pelo indivíduo (fruto de sua interação social), para efetivamente e objetivamente, chegar ao sinal, indicador possível do problema de saúde do mesmo.³¹

O autor destaca outros estudos que referem as representações que os indivíduos possuem a respeito da doença estão diretamente relacionadas com os usos sociais do corpo em seu estado normal. Assim, qualquer alteração na qualidade de vida, tais como o indivíduo não conseguir trabalhar, comer, dormir ou realizar qualquer outra atividade que está habitualmente acostumado, implica em estar doente.

Enfim, analisando os conceitos sobre saúde-doença, para diferentes estudiosos, com aqueles dos profissionais que foram entrevistados, observou-se que não existe uma resposta padrão para o que é doença: o estar doente é uma leitura individual.

Ter saúde implica na capacidade, na atitude de lidar, autonomamente, com as dificuldades da vida e sua complexidade. Não é a ausência de danos, mas a força de viver com eles e integrá-los e de crescer com eles³². Consonante com o entrevistado que afirma que "adoecer e morrer fazem parte da vida". A atitude das pessoas em relação à sua saúde decorre de um conjunto complexo de elementos de decisão, valores, representações, padrões culturais, práticas individuais, familiares e de classe social. Além disso, utilizam diferentes sistemas de cura, integrados em sua cultura e em sua realidade material de vida³³.

Cutolo³⁴, em sua tese de doutorado, resgata historicamente o processo saúde-doença de acordo com o surgimento ao longo do tempo de várias formas de pensar sobre este processo. Ele destaca a visão higienista, a social e a biológica.

Sobre a visão higienista, destaco como fatos ilustrativos:

Na Alemanha, no final do século XVIII e início do século XIX, foi desenvolvida uma medicina de Estado, conhecida como Polícia Médica (PM), implementada por administradores políticos e buscava o bem-estar da população, contando com apoio militar, educadores e médicos. A PM controlava a demanda médico-hospitalar, os dados epidemiológicos, normalizava a formação médica que subordinava a prática médica. A administração médica distrital era subordinada ao plano central. Todas as suas ações tinham como objetivo executar políticas que pudessem controlar e prevenir doenças, ou seja, evitar adoecer. Na França, como na Alemanha, buscava-se o bem-estar público. O Estado criava asilos para crianças abandonadas e mantinha um sistema de amas-de-leite. Aos médicos cabia cuidar das crianças ricas, elaborando uma série de livros sobre educação, criação e medicação das crianças, criando-se um vínculo entre a mãe e o médico. Nessa lógica, a relação saúde/doença passa a ser a família, em que o Estado legisla, o médico ordena e a mãe executa. Isso tudo é claro para as famílias ricas. As famílias pobres tinham outra abordagem. Os franceses estavam preocupados com as cidades e a grande concentração de pessoas e os tipos de morar. Nessa época, criou-se o conceito de salubridade, reorganizando-se as cidades de forma a se evitar doenças, principalmente no recolhimento e tratamento de dejetos humanos, inclusive dos mortos, inclusive na água para beber e água dos esgotos. Buscava-se, assim, evitar-se que o meio ambiente afetasse negativamente os organismos, relacionando a causa das doenças com o meio em que se vivia. Chegava-se à higiene pública³⁴.

Em relação à visão social, o autor³⁴ expressa:

A industrialização dos países europeus favoreceu os movimentos migratórios do campo para as cidades, criando imensos bolsões de pobreza na periferia, sem as condições

sanitárias adequadas, levando ao surgimento de doenças, como tifo, cólera, associadas aos pobres. Na Inglaterra a Comissão da Lei dos Pobres, chegou às seguintes contribuições conceituais/conclusões:

- conceito de ação preventiva, que se podia aplicar aos problemas de pobreza e doença;
- visão da relação íntima e cíclica viciosa entre doença e pobreza;
- concepção de que o estado do ambiente físico e social afetava a saúde para o bem ou para o mal;
- crédito de que rendimentos, prevenção de doenças, causação ambiental e ação de governo se entrelaçavam intimamente;
- constatação de que o destino de verbas necessárias para adotar e manter medidas de prevenção seria, no final das contas, menor que o custo das doenças ora constantemente geradas. (ROSEN, 1994 apud Cutolo ³⁴).

Nesse período (1848) surgiu o conceito de Medicina Social, em vários países da Europa, e os governos passaram a buscar suprir as condições necessárias para dar saúde para as populações, e consideravam isso como uma inequívoca responsabilidade do Estado. Aflora, nesta época o conceito de cuidado e a necessidade de se prover condições adequadas para a promoção da saúde e do combate à doença, e que tais condições são tanto sociais quanto médicas³⁴

E finalmente, da visão biológica³⁴:

Com a derrota dos movimentos sociais revolucionários no século XIX, a visão acabou se perdendo, obscurecida, também, pelas descobertas de Pasteur, Kock e Ehrlich, sobre a existência dos germes, como a causa biológica das infecções e das doenças. Assim, definitivamente, a causa social das doenças foi sendo esquecida, aliando-se a isso a conveniência do capitalismo industrial que agora não precisava se preocupar com os trabalhadores e os seus problemas de pobreza e doenças. A complexidade da medicina que surgiu nessa época, elevada agora ao *status* de científica, com grande atraso em relação às demais áreas da Ciência, deveu-se, presume-se, à necessidade de se entender as ciências naturais antes de efetivamente a medicina ser considerada uma disciplina científica. Nessa mesma época, desenvolveu-se a teoria da célula, e de que os corpos vivos eram colônias de células, e que as atividades dos organismos eram conduzidas por reações químicas complexas e em equilíbrio. O microscópio e os laboratórios vieram a agregar novas áreas ao conhecimento médico, como a genética, a parasitologia, os raios-X, além da anatomia e da cirurgia. Todos estes avanços foram úteis ao capitalismo emergente, pois escondiam as diferenças de classe e as suas contradições em relação à saúde e doença e ao mesmo tempo permitia atuar de forma limitada em relação aos problemas de saúde. A medicina deixou de

ocupar-se com os problemas sociais que levavam às doenças e concentrar-se somente nas doenças³⁴.

Além do histórico tocante a visão do processo saúde-doença, insiro também para posterior referência um histórico de como evoluiu a organização dos serviços de saúde no mundo ocidental.

As bases doutrinárias emergem na segunda metade do século XVIII na Europa, em um processo histórico de disciplinamento dos corpos e constituição das intervenções sobre os sujeitos (Foucault, 1963 citado por Almeida Filho²⁰). Com duas grandes forças, a Higiene circunscrita a esfera moral, produzindo discurso de boa saúde tentando legitimar um conjunto de normatizações e preceitos a serem seguidos individualmente e a Política Médica oriunda do papel do Estado de responsável por definir políticas, leis e regulamentos referentes a saúde coletiva, bem como fiscalizador de sua aplicação.

No século seguinte, nos países Europeus com a Revolução Industrial, e a organização da população em classes trabalhadoras e o aumento da participação política (especialmente Inglaterra, França e Alemanha) rapidamente incorporaram-se temas ligados a saúde nos movimentos sociais do período (vem desta época o movimento dito "Medicina Social" - Donnangelo, 1976 citado por Almeida Filho²⁰) que em suma dizia que política era a aplicação da medicina no âmbito social, curando-se os males da sociedade.

Já na Inglaterra e nos Estados Unidos, paralelamente constituiu-se o movimento do Sanitarismo que discursava sobre questões da saúde fundamentalmente baseada em aplicação de tecnologia e em princípios de organização racional para expansão de atividades profiláticas (saneamento, imunização e controle de vetores) destinados principalmente a pobres e setores excluídos da população³⁵. Este movimento teve um grande reforço com o advento do paradigma microbiano, e já chamado de Saúde Pública, se tornou hegemônico.

No início do século XX o *Relatório Flexner* resultou em redefinição do ensino e da prática médica, baseada no cientificismo, reforçando a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, preventivo e curativo. (White 1991 citado por Almeida Filho²⁰).

Conforme Arouca³⁶ este mesmo movimento ainda redefiniu o conceito de prevenção, o adjetivando de primária, secundária e terciária e terminou incorporando a totalidade da prática médica ao novo discurso. Mesmo permanecendo os Estados Unidos como a única nação dita industrializada que ainda não dispõe de um sistema universal de assistência à saúde.

Na Europa, paralelamente, os países que já dispunham de estruturas acadêmicas de longa tradição acabaram no pós-guerra por consolidar os sistemas nacionais de saúde de acesso universal e hierarquizados, e não foram muito impactados pela nova proposta estadunidense.²⁰

No Canadá, na década de 1970, o Relatório Lalonde definiu as bases de um movimento ideológico na saúde chamado Promoção da Saúde. E em conjunto com o conceito chinês dos médicos de pés descalços influenciaram este movimento mundialmente, em especial com Conferências Mundiais de Saúde como Alma Ata (1978) e Ottawa (1986) que tem com principais elementos: a) integração da saúde como parte de políticas públicas "saudáveis"; b) atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde; c) reorientação dos sistemas de saúde; d) ênfase na mudança dos estilos de vida.⁵

Na década de 1980, os estadunidenses desenvolveram programas acadêmicos levemente inspirados na promoção de saúde, indicando opção pela proposta mínima de mudança do estilo de vida para comportamentos considerados de risco (fumar, dieta, sedentarismo, etc.)²⁰.

Mundialmente por parte da ONU, a partir deste movimento de Ottawa iniciou-se o projeto Cidade Saudável, baseado no conceito de empoderamento, que seria dentre outras coisas, estruturar-se institucionalmente para poder promover saúde, havendo parceria da OMS e do Banco Mundial para desenvolvimento da promoção da saúde. (Paim e Almeida Filho³⁷).

Já para o resgate histórico dos movimentos de saúde em nível nacional, basearei-me nos textos de Pustai³⁸ e o texto Westphal e Almeida Filho³⁹.

Após o sistema do médico da corte, despontaram no Brasil as influências externas, especialmente a partir do Movimento chamado "Sanitarismo Campanhista", muito associadas à figura de Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Ribas dentre outros. Tal movimento foi praticado do final do século XIX até metade da década de 1960³⁹. Predominavam ações de saúde vinculadas ao Ministério da Justiça, incluindo desde controle de endemias e epidemias, à fiscalização de alimentos e controle de portos e fronteiras.

Paralelamente e após a assistência médica, a população era restrita às Santas Casas de Misericórdia e Assistência Médica Previdenciária, caixas de previdências, atenção médica vinculadas a empresas (como a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos ferroviários), aos ditos Institutos Médicos de cada categoria profissional (IAP's)³⁹.

Com o crescimento das ações de saúde pública e o aumento progressivo da população urbana é em 1953 criado o Ministério da Saúde, desvencilhando a saúde do Ministério da Justiça.³⁹

O Brasil ditatorial tinha como características "*a centralização político administrativa, e a tomada de decisões a cargo da tecnoburocracia, com exclusão da cidadania, o modelo assistencial dicotômico entre ações curativas e preventivas, o acesso não universal, e o financiamento privilegiado para a expansão dos serviços privados.*" Esse modelo conhecido como médico-assistencial privatista foi hegemônico até final dos anos 1970³⁸.

Com o processo de redemocratização do país, com o surgimento do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976 e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979 toma corpo a organização dos profissionais da saúde e do movimento popular na chamada Reforma Sanitária.

Em 1983 foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) como forte influência deste movimento sento a primeira tentativa de integrar as políticas de saúde até então pulverizadas em muitas instituições.

Com a oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a elaboração da nova Constituição em 1988 inaugura-se uma nova fase de participação social nas políticas públicas do Brasil. Em 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e com a Constituição, promulgada em 1989, a lei orgânica da saúde 8080/90 e outras leis, consolida a base legal para a criação do SUS.

Em 1994 ocorreu a implementação de Estratégia Saúde da Família como eixo central para promover a extensão de cobertura da população.

O SUS tem como diretrizes e características de seu modelo assistencial:

A universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e regionalização, descentralização, controle social, participação complementar do setor privado e recursos humanos. E embora tenha sido possível se obter importantes conquistas com o SUS, seus problemas e desafios ainda impedem uma estável consolidação do sistema.

6.1.3 Fatores que influenciam a saúde

Ao serem perguntados sobre como se obter boa saúde três entrevistados fazem referência a alguns recursos necessários para se ter saúde. Destacando-se: boa alimentação, descanso adequado, atividade física regular, viver bem, admirar as coisas, saborear, olhar, ouvir, curtir o que se tem, em qualidade e não em quantidade; bem como desfrutar de paz e felicidade. Dois outros colocam a necessidade de manutenção e de procedimentos para reabilitar a saúde porventura perdida.

Existe certa concordância entre os entrevistados e a literatura quanto às inúmeras áreas envolvidas para se ter uma saúde plena. Da carta de Ottawa, citada no documento sobre as cartas de promoção de saúde⁵ (que resume a manutenção e reabilitação da saúde citadas pelos entrevistados), destacamos que:

As condições e os recursos fundamentais para a saúde são:

- paz
- habitação
- educação
- alimentação
- renda
- ecossistema estável
- recursos sustentáveis
- justiça social e
- equidade⁵

Elementos semelhantes encontram-se nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, em especial a VIII que é uma das protagonistas na criação do Sistema Único de Saúde.

Os encontros internacionais centrados na promoção da saúde são um marco histórico na forma de entender saúde no mundo. Da Carta de Ottawa⁵, pode-se retirar que promoção de saúde:

É o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

É possível se observar da Declaração de Alma Ata, em 1978⁵:

- I. A conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde;
- III. A promoção e proteção da saúde da população é indispensável para o desenvolvimento econômico e social sustentado e contribui para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial.
- IV. A população tem o direito e o dever de participar individual e coletivamente na planificação e aplicação das ações em saúde;
- VII-1. A atenção primária de saúde é, ao mesmo tempo, um reflexo e consequência das condições econômicas e características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades;
- VII-3. Compreende, pelo menos, as seguintes áreas: a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes; a promoção da aptidão de alimentos e de uma nutrição apropriada; um abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, com inclusão da planificação familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas; a prevenção e luta contra enfermidades endêmicas locais; o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns; e a disponibilidade de medicamentos essenciais;
- VII-4. Inclui a participação, ademais do setor saúde, de todos os setores e campos de atividade conexas do desenvolvimento nacional e comunitário,

em particular o agropecuário, a alimentação, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros, exigindo os esforços coordenados de todos estes setores;

VII-5. Exige e fomenta, em grau máximo, a autoresponsabilidade e a participação da comunidade e do indivíduo na planificação, organização, funcionamento e controle da atenção primária de saúde.

E a Carta de Ottawa⁵ ainda incentiva a solidariedade entre as pessoas, comunidades e as nações, tendo como princípio geral: "a necessidade de encorajar a ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio ambiente natural."

Ainda do documento do Ministério da Saúde sobre as cartas de promoção de saúde⁵, se percebe valores deterministas de saúde. Como que se apenas o indivíduo sozinho tivesse "culpa" pelo seu estado de saúde isoladamente, uma vez que ele seria responsável por aderir ou não a um "estilo de vida saudável, colocado como "normal" e propagado pelo movimento de saúde mundial.

6.2 Cuidado

O médico cuida sem saber que cuida. Talvez porque desconheça a terminologia. Na pesquisa realizada, dois médicos declararam ter dificuldades com o conceito. Onde um deles por várias vezes dizia não entender a pergunta, mas quando deparado frente a situações concretas de seu cotidiano revelou ser um cuidador, que se envolve com seus pacientes, busca resolver os problemas deles, mesmo com ações extraordinárias (hegemonicamente falando) para um médico. Ele insistia muito com o que chamava de "Pacientes Problema" categoria, aliás, em que é o único protagonista. O mesmo médico diz ter sido a primeira vez que ouviu a terminologia associada a médicos, o que concorda em parte, a chamando de nova. E a outra médica também se revela uma boa cuidadora, o que pode ser ilustrado com sua fala: "*...não sou muito carinhosa, mas sou atenciosa*".

Tal existência de prática, mesmo desconhecendo o conceito, deve estar associada ao fato de que outras concepções semelhantes não sejam novidade no meio médico-acadêmico. E por estarem pautando a tempo o senso comum médico acaba influenciando a prática do cuidado em saúde dos entrevistados mesmo sem ser a mesma terminologia.

O desconhecimento da terminologia deve-se em parte por ser Cuidado um termo que historicamente esteve mais ligado à enfermagem. Foi assim desenvolvido pelo e para os enfermeiros. Mas que ao longo do tempo acabou sendo incorporado por outras profissões da saúde. Porém, por mais que teoricamente não se conheça o conceito, a maioria dos médicos

tem alguma experiência com conceitos semelhantes como "Relacionamento Médico-Paciente" e "Humanização da Medicina ou da Saúde". Embora possa haver diferenças entre tais conceitos.

A literatura pesquisada também enfatiza a importância da relação médico-paciente, embora faça inicialmente uma dura crítica sobre seu estado atual.

Em *O Nascimento da Clínica*, Foucault²⁵ descreve como, com a descoberta da anatomia patológica, o interesse médico foi se voltando cada vez mais para as estruturas internas do organismo, na busca de lesões que explicassem as doenças, e como, com isto, a importância do sujeito foi se tornando cada vez mais secundária. O lugar do indivíduo passou a ser o de portador de lesões, estas sim vistas com interesse e positividade pelo médico.

O encontro do médico com o doente ocorre unicamente na medida em que este é portador de uma lesão inscrita no interior do seu corpo, identificada não a partir de sua percepção, mas em função de uma norma exterior a ele. Portanto, a relação ocorre entre o médico e a doença do sujeito, independentemente do sujeito da doença⁴⁰.

Clavreul 1983 citado por Fernandes⁴⁰ sugere que também o médico é submetido a uma redução, colocando-se essencialmente enquanto o porta-voz da instituição médica, cujos conceitos e legitimidade é obrigado e convencido a defender.

Deste ponto de vista, a Relação Médico-Paciente torna-se, na realidade, a relação entre a instituição médica e a doença, não existindo espaço para a presença subjetiva, isto é, para o sujeito do médico e o sujeito do paciente. A expressão consagrada por Ballint⁴¹ ao descrever o que ocorre na assistência médica como um “conluio do anonimato”, onde a responsabilidade pelas condutas adotadas é diluída por encaminhamentos e opiniões de especialistas. Outro exemplo interessante é a questão dos prontuários médicos, cuja função teórica seria a de registrar os dados de interesse do paciente. Na prática, entretanto, servem muito mais como um documento onde o médico presta contas à instituição e deste modo, se defendendo legal e eticamente de qualquer eventual acusação. Análise semelhante poderia ser feita acerca dos receituários médicos: não importa se o paciente pode ou não comprar o medicamento, mas apenas que a prescrição esteja tecnicamente correta e salvasse, deste modo, a boa reputação do profissional no seu meio.

Gramsci citado por Fernandes⁴⁰ analisa como as classes sociais produzem seus intelectuais orgânicos — aqui incluindo-se os médicos como “comissários do grupo dominante para o exercício de funções subalternas da hegemonia social”. A prática médica coloca-se, portanto, como um instrumento de consenso/coerção, assegurando a manutenção de uma determinada hegemonia de classe. Como refere Luz (1986), citado por Fernandes⁴⁰

“reduzir a saúde à ausência relativa de doença, a programas médicos curativos ou preventivos, tem sido, no modo de produção capitalista, a forma política de eludir o problema das condições de existência nele vigentes”.

A Relação Médico-Paciente pode ser entendida, neste sentido, como uma relação de dominação da ordem médica sobre a sociedade, e de dominação do estado sobre as classes não-hegemônicas. Um dos instrumentos que exemplificam esta dupla dominação é a linguagem utilizada pelos médicos. Outro instrumento essencial a este projeto é a medicalização, que, além de atender aos interesses do complexo médico-industrial, consubstancia a supremacia do conhecimento médico e a dependência do paciente. Para ampliar este projeto de hegemonia, a ordem médica busca, continuamente, substratos científicos para sujeitar os mais diversos campos da vida a seus preceitos, transformando as pessoas em doentes em potencial, ou suspeitos, à revelia do que elas sentem de si mesmas.⁴⁰

A tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa – encontrar as origens da doença e do sofrimento, com este conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor, e ao mesmo tempo, revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo. (Cassel, 1991 apud Caprara ⁴²).

Caprara e Franco⁴² citando vários autores comentam que a humanização da medicina, em particular da relação do médico com o paciente, para o reconhecimento da necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento do paciente. Esta proposta, em relação a qual várias outras convergem, aspira pelo nascimento de uma nova imagem profissional, responsável pela efetiva promoção da saúde, ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social, e não somente de um ponto de vista biológico (Cassel, 1982; Hahn, 1995; Wulff et al., 1995).

Continuando seu compilado de vários autores Caprara e Franco⁴², a relação médico-paciente tem sido focalizada como um aspecto chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e desdobra-se em diversos componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação (Ardigò, 1995), tratados através de temas como o grau de satisfação do usuário do serviço de saúde (Atkinson, 1993; Williams, 1994; Gattinara et al., 1995; Dunfield, 1996; Rosenthal & Shannon, 1997), o *counselling* – o aconselhamento (Bert & Quadrino, 1989), a comunicação médico-paciente (Branch et al., 1991; WHO, 1993), o sofrimento do paciente e a finalidade da biomedicina (Cassel, 1982, 1991) e o consentimento informado (Santosuosso, 1996).⁴²

Seriam fatores limitantes da relação médico-paciente:

o aprendizado centrado no diagnóstico e tratamento de doenças, principalmente em sala de aula e no contexto hospitalar; oportunidades insuficientes de interagir com a comunidade para compreender sua cultura e seus determinantes saúde-doença; a não valorização de atitudes voltadas às necessidades do ser humano, no processo de ensinar-aprender a interação médico-paciente.⁴³

A autora⁴³ continua ao dizer que "aprender a trabalhar com a subjetividade é fundamental para o desenvolvimento de uma relação médico-paciente construtiva, o que vem a definir a qualidade da prática médica".

Balint (1988 apud Grossemann ⁴³) diz que o médico é o remédio mais usado e possui posologia, toxicidade e efeitos colaterais.

Guareschi apud Grossemann ⁴³ comenta que o contexto histórico social interfere nas relações humanas no qual eles estão inseridos. Se o contexto é individualista ou totalitário ocorre descaso quer por quase ignorar o "outro" ou por "coisificá-lo". Sendo que estabelece como para uma "relação construtiva" deve valorizar e respeitar o "outro" em sua identidade. Tornando-o importante para si.

Videla apud Grossemann ⁴³ ressalta que o paciente está vulnerável ao médico e tem anseio desejo de solidariedade devido sua fragilidade por estar enfermo. Sendo que se o médico souber honrar este sentimento de cumplicidade do paciente, poderá ajudar o paciente a instalar um processo interno de cura.

A humanização é um movimento que parece, à primeira vista, como busca de um ideal, pois, surgindo em distintas frentes de atividades e com significados variados, segundo os seus proponentes, tem representado uma síntese de aspirações genéricas por uma perfeição moral das ações e relações entre os sujeitos humanos envolvidos. Cada uma dessas frentes arrola e classifica um conjunto de questões práticas, teóricas, comportamentais e afetivas que teriam uma resultante humanizadora ⁴⁴.

Nos serviços de saúde, se traduz em diferentes proposições:

Melhorar a relação médico-paciente; organizar atividades de convívio, amenizadas e lúdicas como as brinquedotecas e outras ligadas às artes plásticas, à música e ao teatro; garantir acompanhante na internação da criança; implementar novos procedimentos na atenção psiquiátrica, na realização do parto – o parto humanizado e na atenção ao recém-nascido de baixo peso – programa da mãe-canguru; amenizar as condições do atendimento aos pacientes em regime de terapia intensiva; denunciar “mercantilização” da medicina; criticar a “instituição total” e tantas outras proposições.⁴⁴

Compilando alguns trabalhos publicados nas revistas científicas da área de saúde constatam-se algumas direções fundamentais dessa preocupação com a humanização e

satisfação do usuário: ora aparece com uma noção de amenização da lógica do sistema social, centrado sobretudo numa crítica à tecnologia e como tentativa de criar um “capitalismo humanizado”; ora como a busca de uma essência humana perdida, ou seja, como um movimento de restauração moral; ora como uma negativa existencialista da realidade concreta, imaginando uma autonomia das emoções e afetividades individuais da *práxis* humana; ora como processo de organização institucional que valoriza a escuta no ato assistencial; ora como valorização de direitos sociais. Uma das características mais expressivas desse movimento na área da saúde, sobretudo nas considerações sobre a prática médica, é crítica à tecnologia.⁴⁴

Essa discussão, sem a devida articulação com a evolução das relações sociais, sem a presença da concepção da totalidade concreta, dos interesses, das classes sociais, da cultura, do Estado moderno, não consegue ultrapassar uma saúde idealizada, uma inconformada racionalidade religiosa perdida. A novidade característica da humanização/satisfação radical é, portanto, a possibilidade de abrir a organização para o cidadão indo além da mensuração de graus quantitativos de satisfação, incorporando a opinião e reivindicações da população neste processo de mudanças e contribuindo para uma tomada de consciência mútua dos profissionais e cidadãos de novas finalidades e projetos comuns para a saúde ⁴⁴.

Entendo que relação médico-paciente com sendo algo mais restrito a aspectos relacionais e afetivos, o humanismo, pouco mais amplo, estende-se até programas, projetos, instituições não atingindo a questão cidadã e de transformação social que pode ter o cuidado.

6.2.1 Conceitos de cuidado em saúde

Já especificamente sobre cuidado em saúde apareceram na pesquisa sete conceitos diferentes sobre cuidado. Esta concepção é também bastante ampla e dinâmica, tal qual foi saúde. Existindo tanto cumplicidade, quanto complementaridade com o que foi encontrado na literatura considerando os diversos autores e entrevistados.

Madeleine Leininger⁴⁵, enfermeira pioneira na teorização do cuidado, principalmente a partir da década de 1950, em vários trabalhos, iniciando com a percepção de que as crianças que cuidava em um "orfanato" queriam ser cuidadas de forma diferentes, e ao atribuir como algo fundamental para tal diferença o fator cultural, iniciou a desenvolver o "Cuidado Transcultural". O que mais tarde veio a se somar a uma "Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado".

A autora considera que o cuidado é inerente ao ser humano, em todos os tempos, todas as fases de sua existência e de todas as culturas (o que também aparece nas entrevistas). Respeitando cada cultura de "acordo com o seu ambiente e estrutura social, pois cada um terá sua própria visão de saúde, de doença e de cuidado"⁴⁶

Jean Watson⁴⁷, em seus estudos sobre o cuidado, a partir da década de 1970, desenvolveu a teoria do Cuidado Transpessoal, no qual a autora entende que o cuidado é algo mais holístico⁴⁸ exercido pelo profissional de saúde (no caso o enfermeiro) é algo mais relacional, preocupado com a totalidade do ser humano e seu ambiente e da influencia consciente e intencional do profissional de "entrar" na totalidade do seu paciente (incluindo conceitos fenomenológicos, de interação com outras pessoas e até mesmo no íntimo do ser humano, como alma e espírito) para desta forma transcender o momento da doença, do adoecer e da patologia e centrar-se no indivíduo e no cuidado a ele.

Para Mayeroff citado por Bobroff⁴⁹ a pessoa que

[...] cuida está com a outra pessoa, ou seja, está no mundo da outra pessoa que é merecedora de cuidados. Envolvem uma contínua, mútua aprendizagem e crescimento através da relação de cuidado. Cuidar é estar aberto para si e para o outro, respeitando-o percebendo se o cuidado ajuda ou impede o crescimento dentro de seu próprio ritmo.

Para Mayeroff citado por Maia⁴⁸ cuidado ajuda o outro a crescer e a auto-realizar-se, além de dar dignificado a sua própria vida. O cuidado, sob este ponto de vista se desenvolve de vista se desenvolve entre indivíduos através de uma experiência relacional que engloba responsabilidade, não no sentido de obrigação, mas de um compromisso para consigo e com o outro. Este compromisso (encontro) propicia a um ser estar com o outro ser e ambos se desvelam. Sendo que a dedicação é fundamental para o cuidado, quando acaba a dedicação acaba o cuidado.

Para o autor o cuidado inclui o conhecimento explícito e o implícito, saber o que e saber como, o conhecimento direto e o indireto, todos relacionados com as várias maneiras de ajudar o outro a crescer.

Em seu livro "Saber cuidar: a ética do humano" Leonardo Boff⁵⁰ argumenta que cuidar é mais que um ato: é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. É o que se opõe ao descuido e ao descaso.

Merhy² classifica o ato de cuidar como sendo a "alma dos serviços de saúde". No qual, como num paralelo entre o trabalho no campo da saúde e da religião (igreja), como que querendo caracterizar o título, aproveita toda a "profundidade" que tem o termo "alma" para

dar a noção do que considera ser o cuidado para a saúde. E continua diferenciando o objeto de objetivo, o mostrar que o objeto (algo mais processual) como sendo (para a religião/igreja) a produção de práticas e crenças, que atingiriam a salvação (objetivo final). Sendo que o cuidado seria o processo gerado, o objeto do trabalho em saúde, tendo como objetivo a cura e/ou a promoção e/ou proteção da saúde.

Grosseman e Patrício¹² comentam que o cuidado transcultural está voltado para o cuidado da saúde do ser humano, na área da antropologia. Elas chamam a atenção para o "cuidado humanizado", demonstrando a importância de se considerar, na assistência, o ser humano em sua integralidade, diversidade e unicidade, contemplando suas crenças, seus valores, conhecimentos e suas práticas de saúde, o que se expressa pelos componentes do care-caring (cuidar-cuidando).

Patrício⁵¹, unindo epistemicamente Leininger e Gramsci, de uma certa forma faz críticas pretendendo estender o conceito de Leininger:

O cuidado (segundo Leininger) deve ser cultural ou seja, deve respeitar crenças, valores e práticas dos indivíduos, e que quando esse cuidado tivesse que ser saúde e doença e no cuidado cultural ... apenas estas idéias não bastavam para fundamentar o marco porque suas idéias não contemplavam os recursos do homem (suas possibilidades) e não deixavam transparecer a importância do homem na determinação da "estrutura social". Com sendo o cuidado cultural insuficiente para tornar o homem crítico, participante e transformador no seu processo de viver, incluindo saúde-doença. Como se o cuidado não fosse capaz de intervir além do próprio corpo. E priva ao (cuidador) a qualidade de crítico e de intencionalidade na prática.⁵¹

Patrício⁵² continua esta fusão epistêmica ao citar Gramsci dizendo que para este o "homem deve ser concebido com uma série de relações ativas (um processo), no qual se a individualidade tem a máxima importância, não é todavia o único elemento a ser considerado. A humanidade que se reflete em cada indivíduo é composta de diferentes elementos: 1. o indivíduo; 2. ou outros homens; 3. a natureza." Sendo que o homem entra em relação com a natureza por meio de ações ativas e conscientes, pelo trabalho e pela técnica. Ainda destaca que a capacidade associativa do homem potencializa sua capacidade de modificar o ambiente a sua volta. Entendendo como ambiente "o conjunto de relações (complexas) de que o indivíduo faz parte".

Desta forma entendo que Patrício^{1,51,52} avança do processo de cuidar-cuidando sócio-cultural até culminar com seu novo referencial do cuidado holístico-ecológico. No qual tenta unir o entendimento da totalidade do ser humano, seu conceito sócio-histórico-cultural

considerando ainda sua potencialidade associativa para mudança de seu ambiente e construção da saúde (cuidado-cidadão).

6.2.2 Fatores que influenciam o cuidado

Para mim o conceito de cuidado em saúde seria algo simples, porém com uma grande abrangência. Seria toda ação realizada pelo cuidador destinada a suprir a necessidade em saúde de quem é cuidado, seja este um sujeito individual ou coletivo (**Figura 8**).

Minha opinião coincide parcialmente com a de Mayeroff citado por Maia⁴⁸ que diz que ter o conhecimento para cuidar implica na idéia de que é imprescindível conhecer as necessidades da pessoa a ser cuidada e responder a elas apropriadamente.

Muitas vezes nas entrevistas emergiam falas de que o cuidado do médico vai até onde o paciente precisa, ou até onde ele pede, ou (acrescentaria eu) até onde ele necessita.

Embora não tenha sido explicitado pelos entrevistados como o médico poderia saber esse "precisar", "pedir" ou mesmo "ser necessário" do paciente, encontra-se na literatura algumas pistas importantes.

Começando com uma tentativa de definir necessidade em saúde, Stotz⁵³ (1991) reconhece que, se as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas, elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual. Outra indicação do autor é que seria quase inevitável à adoção de alguma taxonomia de necessidades de saúde, "ou seja, de que se deva utilizar um conceito normativo (de necessidade de saúde) que seja traduzível em descritivo e operacional (...). Por outro lado, o conceito descritivo e operacional precisa ser reconceitualizado para poder exprimir a dialética do individual e do social" .

Leopardi⁵⁴ (1992), em abordagem Marxista, considerou a satisfação das necessidades de saúde compreendidas como carências complexas, deve ser apreendida como um direito do cidadão e criticou a interpretação de necessidade social como generalidade que subordina as diferentes necessidades dos indivíduos. Concluiu que para alcançar cidadania é preciso assegurar aos indivíduos a satisfação de suas necessidades compreendendo-as como direito.

Mendes Gonçalves⁵⁵ (1992) defendeu que as necessidades em saúde não são naturais iguais, pois desiguais são a distribuição e o consumo de produtos do processo de trabalho médico, essas necessidades foram historicamente configurando diferentes objetos de trabalho a depender do modo de produção predominante nas formações sociais.

Doyal e Gough⁵⁶ (1991) propuseram-se a explicitar o conceito de necessidades apoiando-se na idéia de que o objetivo final dos seres humanos é participar plenamente da sociedade e para isso devem ter satisfeitas suas necessidades básicas.

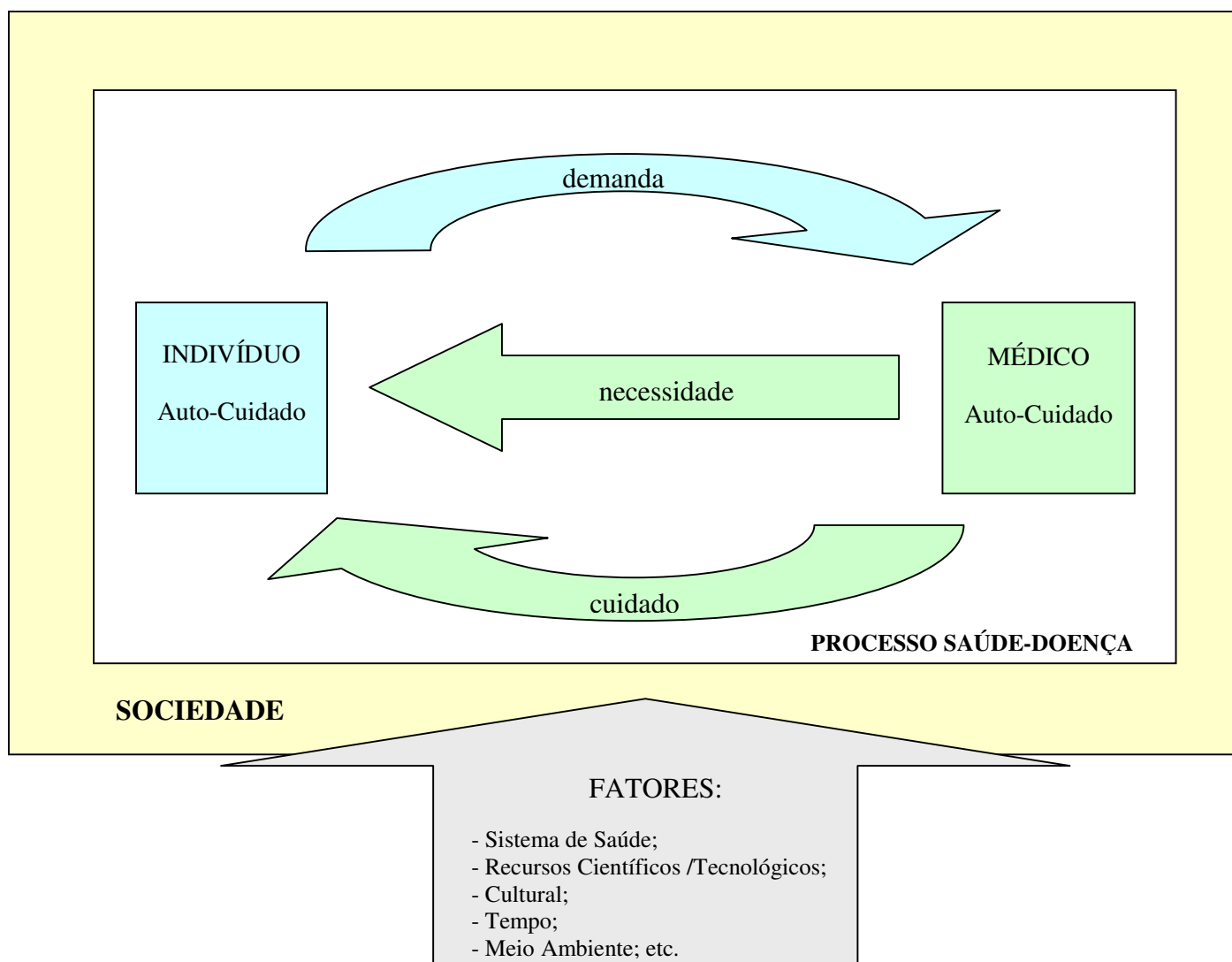


FIGURA 8 – Da necessidade ao cuidado

Iunes⁵⁷ (1995) discutiu a diferença entre os conceitos de necessidade e demanda, ressaltando a inadequação da adoção acrítica do instrumental econômico tradicional na definição de demanda em saúde. Definiu então necessidade em saúde com sendo aquela quantidade de serviços médicos que a opinião médica acredita deva ser consumida em um determinado tempo para que as pessoas possam permanecer ou ficar tão saudáveis quanto seja possível segundo o conhecimento médico existente. A demanda estaria centrada na própria estrutura de preferências do usuários dos serviços. Salienta que o conceito de demanda não

leva em consideração a distribuição de renda, sendo portanto pouco equitativo. Por esta razão o conceito de necessidade o complementa, pois seria mais igualitário.

Para Matsumoto ⁵⁸ (1999) necessidade em saúde é definida como necessidade de boas condições de vida, necessidade de garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação), necessidade de autonomia e auto-cuidado na escolha de "*andar a vida*" (construção do sujeito).

Para Piccini e cols. ⁵⁹ considera-se necessidade de saúde:

todo o problema humano com dimensão biológica, psicológica e/ou social, passível de ser compreendida e significada pela medicina e de se beneficiar do ato médico.

De modo ilustrativo, identificam-se algumas necessidades universais dos seres humanos, relativas à concepção, nascimento, crescimento, proteção de enfermidades passíveis de prevenção, educação, educação para a saúde, trabalho, reprodução, acesso aos cuidados de saúde, conforto e alívio de sofrimentos, cuidado quando doente, suporte imediato à vida e acompanhamento ao morrer

Segundo Dussault e Souza ⁶⁰ (2000) existem duas formas de organização dos serviços de saúde. A organização em resposta às demandas e em resposta às necessidades.

A primeira é característica do modelo tecno-assistencial essencialmente individualista e curativista, consequência da organização de práticas a partir da demanda direta dos usuários que tornam a iniciativa de procurar os estabelecimentos para consumir serviços e restabelecer a saúde. Essa abordagem cria problemas de eficiência e de equidade, uma vez que é influenciada por dificuldades que não as atinentes às condições de saúde, mas que afetam o acesso aos serviços de atenção à saúde.

A organização de serviços cuja finalidade é a satisfação de necessidades de saúde propõe-se mais eficiente e mais equitativa e "parte da premissa que a utilização de serviços apropriados é capaz de produzir impacto positivo na situação de saúde da população". Essa abordagem pressupõe as complexas tarefas de definição, priorização e monitoramento das necessidades de saúde (Dussault, Souza, 2000)⁶⁰.

Relacionando o tema Necessidade de Saúde com o objeto deste trabalho, o Cuidado em Saúde, Oliveira Cecílio⁶¹ (2001) refere que as necessidades de saúde são a base para as pessoas que buscam cuidar. Utilizando estas necessidades como referencial para a prática do cuidado.

Ele⁶¹ acredita que as necessidades de saúde podem ser compostas por quatro grandes conjuntos: O primeiro é ter "boas condições de vida", pois a maneira como se vive é determinante no processo saúde-doença, como por exemplo, água tratada, moradia e hábitos

de higiene. O segundo conjunto é “a necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida”. O terceiro conjunto de necessidades diz respeito à criação de vínculos entre o paciente e o profissional médico e equipe de saúde (relação de confiança). “O quarto e último conjunto diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”⁶¹.

Cabe à equipe de profissionais da saúde ter sensibilidade e preparo suficientes para reconhecer e atender da melhor forma possível o paciente que chega carregando uma “cesta de necessidades de saúde”. Assim, diz Cecílio ⁶¹,

... a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual.

Somente uma equipe de saúde multiprofissional, trabalhando focada no objetivo da integralidade do atendimento, somando conhecimentos e práticas individuais, poderá fornecer a integralidade de atenção capaz de reconhecer e suprir da melhor forma possível, as necessidades de saúde de cada paciente.

Mesmo assim, a integralidade nunca será plena, diz Cecílio⁶¹ (2001), em qualquer serviço de saúde, com qualquer equipe de profissionais, porque há uma interdependência de outros serviços e outros setores. “Precisamos deslocar nosso foco de atenção da “atenção primária” como lugar privilegiado da integralidade. Aliás, integralidade não se realiza nunca em um serviço: integralidade é objetivo de rede”.

Cecílio⁶¹ (2001) ressalta ainda, que “uma consulta médica, por mais especializada que seja, não pode deixar de fazer uma certa escuta de outras necessidades do paciente que vão além da demanda “referenciada” que o traz ao consultório”. Ele relata que na prática, o profissional médico trabalha de forma muito pontual, utilizando os recursos disponíveis, sem com isto conseguir atender o paciente de forma integral ideal.

Outro fator a ser considerado é o da equidade. Conceituando equidade, Cecílio⁶¹ cita Malta (2001, p.135-136), “é a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas (...)”. A forma tradicional de minimizar a iniquidade são as políticas de saúde implementadas pelo Governo.

Para Cecílio⁶¹ (2001), “mil possibilidades de escuta se abrem quando o conceito de necessidade de saúde é incorporado pela equipe”.

Como uma das mais fortes influências ao cuidado em saúde desponta dos entrevistados a formação médica. Eles ressaltaram a importância de se extrapolar a dimensão biologicista da educação médica atual. Redesenhando o atendimento dos especialistas para que sejam melhores cuidadores.

Trazendo à tona um pouco do resgate histórico já feito acima, para se entender melhor o passado para poder entender o presente. A educação e prática médicas sofre influência direta das alterações históricas da percepção humana sobre o que seja o processo saúde-doença e a evolução histórica da medicina.

O mundo ocidental ao passar pelas mudanças de visão sobre o processo saúde doença (higienista, social e biológico) teve como visão hegemônica a biologicista. Especialmente após o *Relatório Flexner* nas primeiras décadas do século XX. Com os acontecimentos seguintes, de organização dos serviços nacionais de saúde na Europa, as mudanças nos cenários locais e mundiais do setor saúde, em especial do movimento da promoção de saúde iniciou-se também movimentos de reformas curriculares.

Gallo⁶² destaca que:

... no bojo dessas reformas, percebe-se: associação indireta entre políticas de saúde e perfil dos médicos recém-formados e pouco acúmulo teórico metodológico para descrever, propor e implementar mudanças nos processos que mantêm o paradigma flexneriano. A ação prática destas correntes limitaram-se ao 'remanejo das disciplinas e/ou carga horária'.

Desta época iniciam-se uma série de experiências como as da Rede Uni e Ida (Uma Nova Iniciativa na Saúde e Iniciativa Docente Assintencional) e um processo de avaliação e proposição de mudanças que foi o Projeto Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM, formado por entidades representativas do corpo discente, gestor, docente e da categoria médica.

Gallo⁶² também resume a ampla avaliação que consta no relatório da Segunda Fase do Projeto CINAEM:

a infra-estrutura sucateada e inadequada, oferecendo condições de trabalho insatisfatórias. Os profissionais técnicos de apoio são mal remunerados e em número insuficiente. Há escassez de recursos financeiros. O planejamento e execução orçamentários são deficientes. O processo de gestão é burocrático e ineficiente, sem perspectiva estratégica e continuidade. O planejamento e avaliação das ações é deficiente, dificultando a operacionalização de mudanças. A cultura organizacional caracteriza-se pela resistência a mudanças, pela ampla aceitação do modelo tradicional e pela pouca avaliação das Escolas Médicas Brasileiras. Em relação à participação e envolvimento, constata-se o baixo

interesse e comprometimento de alunos e professores em relação à discussão e solução dos problemas da escola e do ensino médico. Há pouco diálogo político e baixa integração entre os diversos segmentos da comunidade acadêmica. Baixo envolvimento da comunidade nas decisões; dissociação entre as instâncias de gestão da faculdade; não integração das instâncias decisórias dos serviços com a faculdade; gestão centralizadora; inversão: prioridades x planejamento; projetos de gestão pouco explicitados; grupos dirigentes não comprometidos com processos de mudança; pouca responsabilidade; impunidade de alguns setores; dificuldade de implementar a democracia; interesse político individual; clientelismo; não críticos, não criativos, sem flexibilidade e sem plasticidade; gestor não capacitado; não profissionalização do docente; contorna problemas “apaga incêndios”; excesso de burocracia; organograma vertical; dificuldade de articulação/parceria com o SUS; o grande poder da disciplina; titular vitalício de disciplina; desvalorização da educação médica (atividades de ensino); processo de seleção atual (vestibular); formação de pseudo-generalista com déficit cognitivo e de habilidades; médico pouco adequado às necessidades sociais; não há avaliação que alimente e reformule a gestão; orientações contraditórias do MEC; desmotivação docente; restrições para a gestão dos recursos (financeiros, humanos) nas escolas públicas; custos X benefícios: relação com outra lógica; descompasso entre projeto da escola X orçamento X execução orçamentária; defasagem : orçamento X financeiro.⁶²

Lampert⁶³ em sua tese de doutorado avaliou as tendências das mudanças em 22 escolas médicas brasileiras que estavam em momento de reforma curricular e chegou à conclusão de que: 18,2% das escolas têm mudança dita avançada; 13,6% com tendência avançada de mudança; 50% com tendência tradicional e 18,2% de mudanças tradicionais.

Com a legitimação das conquistas do movimento de transformação das escolas médicas (em especial a Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM, todo o processo CINAEM, enquanto existiu, e a rede UNIIDA - Uma Nova Iniciativa e Iniciativa Docente Assistencial) na edição das Diretrizes Curriculares de Medicina, e a parceria Ministério da Educação e Ministério da Saúde para regulamentar a ordenação dos recursos humanos em saúde foi criado o PROMED - Programa de Incentivo as Mudanças Curriculares de Medicina - parceria do Ministério da Saúde, OMS e Organização Panamericana de Saúde., que atualmente está sendo substituído pelo PROSAÚDE (que além de medicina engloba outros cursos da área da saúde) foram fatores motivadores e promotores de novo ciclo de mudanças em muitas escolas médicas pelo país. Em geral com uma reaproximação com a Saúde Pública e com a rede básica de saúde, bem como momentos de interação com a comunidade, tentativas de integração dos ciclos básico e clínico, redução da carga horária regular curricular e reorientação dos currículos às necessidades em saúde.

Sendo que em muitas avaliações percebeu-se a permanência de muitos problemas anteriores e outros oriundos da não adequação do quadro docente e estrutura didático-pedagógica-administrativa as novas propostas^{64,65}

Da Ros⁷ salienta que existem hoje muitos agentes, entre gestores do sistema de saúde e dirigentes das escolas médicas que estão convencidos da necessidade de mudança. Mesmo que contra a ideologia hegemônica.

Citando Chauí, Da Ros⁷ coloca como sendo ideologia:

Ideologia não é sinônimo de subjetividade oposta à objetividade (...) não é um pré-conceito nem pré-noção, mas um “fato” social, justamente porque é produzida pelas relações sociais (...) possui razão muito determinada para surgir e se conservar (...) é uma produção de idéias por formas históricas determinadas das relações sociais.

O autor⁷ busca também em Gramsci o conceito de hegemonia:

... a forma como o poder dominante se mantém. Mas isso não significa homogeneidade. Dialecticamente, há que pensar na construção de um contra-poder: noutra forma de pensar, que luta contra aquela e que desnuda a vida real dos homens.

Citando Almeida o autor⁷ busca relacionar quaisquer mudanças sociais como sendo determinadas por fatores econômicos, não fazendo exceção a transformação da medicina.

Ainda Da Ros⁷, comenta que as mudanças sociais e culturais são lentas e as mudanças na prática e na escola médicas são especialmente vagarosas. Ele coloca como existindo três níveis de dificuldade para mudança:

- a) Estruturais externas - as que envolvem o capitalismo internacional e nacional. Da organização Internacional do Comércio ao complexo médico-industrial. As do governo, como a estrutura do MEC, a lógica do Ministério da Ciência e Tecnologia;
- b) Estruturais internas - dependentes do contexto social: como se constrói um estilo de pensamento;
- c) Conjunturais - GED (gratificação das universidades federais); não-contratação de mais professores; professores que não acreditam em educação; falta de disponibilidade horária para reuniões; não haver dedicação exclusiva; a estrutura dos guetos departamentais; a não-prática acadêmica; a separação básico-profissionalizante; o reconhecimento de liderança para chamar uma reunião só se for do “seu time”.

O docente padrão da ideologia hegemônica⁷ tem sua maior rentabilidade com a prática médica liberal e de status como professor, ridiculariza outras práticas e deseja aproveitar o fascínio da tecnologia sobre os “alunos” para propagar sua forma de pensar e praticar a medicina, mesmo que muito de seu conhecimento seja oriundo de mera repetição (nem sempre consciente e consistente) de práticas.

Conclui o autor⁷ que mesmo que a mudança seja lenta, e o número de envolvidos seja inicialmente poucos o trabalho de “desestabilizar as “verdades”” deve continuar sendo feito.

Assim complementa a literatura pesquisada a percepção dos entrevistados quanto a influência da formação médica sobre o cuidar. Destacando que não apenas a graduação foi citada pelos médicos entrevistados, mas também as especializações e pós - graduações.

Para alguns médicos quanto mais especializado o cuidado menor o cuidado exercido, por ser mais fragmentada a atenção.

Para Feuerwerker⁶⁶ a residência médica passou a ser definida como “modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, em nível de especialização, caracterizada por treinamento em serviço sob supervisão, em regime de dedicação exclusiva, em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”.

Ela comenta que ninguém sabe nada sobre a real necessidade de especialistas, nem sobre sua absorção pelo mercado, mas isso não tem sido obstáculo para a abertura de novos programas. Nada disso tem conseguido se converter em estímulo suficiente para provocar uma reflexão a respeito da irracionalidade de como é feito todo esse investimento em formação especializada.

Para a autora⁶⁶ há imensas contradições pelo fato da residência funcionar como complementação da formação médica (técnica médica) deficiente. Ela defende que seja estendido a especialização o movimento de reforma que existe na graduação em medicina. e que um dos níveis centrais da "crise da educação médica" é a necessidade de modificar a relação dos médicos com outros profissionais de saúde. Dizendo ainda que as propostas de residência multiprofissional embora seja uma tentativa de se solucionar esta questão, ainda existem muitas dificuldades para realmente atingir seu potencial (com o que concorda um dos entrevistados).

Campos et al ⁶⁷ aproximando-se mais do relato dos entrevistados comenta que

a fragmentação do trabalho médico em múltiplas especialidades tem dificultado o diagnóstico e a instituição de terapêuticas em tempo hábil. Em decorrência, multiplicam-se os encaminhamentos e a realização de exames complementares injustificados. Ainda não se encontrou diretrizes práticas que atenuassem estes efeitos inevitáveis da incorporação de novas especialidade aos sistemas de saúde. Quer nos países desenvolvidos, quer em outros mais pobres, constata-se tanto um declínio da eficácia dos serviços de saúde, quanto um outro efeito deletério que se convencionou denominar de elevação crescente dos custos em saúde.

Complementa como dificuldades da especialização frente às necessidades do SUS, de por algum motivo existe tendência dos profissionais gerais de encaminhar aos especialistas a maioria dos casos de patologias que anteriormente ao surgimento deste serviço ele se

responsabilizava. Destacando ainda uma tendência de desaparecimento das especialidades mais gerais e a perda por parte dos especialistas de habilidades médicas básicas⁶⁷

O autor sugere como alternativa frente a estas disjunções básico-especialista:

...dividir a denominada Área de Competência de cada especialidade em dois espaços inclusivos: Um mais geral, denominado de Campo de Competência, que incluiria os principais saberes da especialidade-raíz e que, portanto, teria um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades. E um segundo, mais específico, denominado de Núcleo de Competência, que incluiria as atribuições exclusivas daquela especialidade; justificando, portanto, a sua existência como uma nova área. O campo de competência teria limites e contornos menos precisos e o núcleo, ao contrário, teria definições as mais delineadas possíveis.⁶⁷

O Ministério da Saúde em documento recente⁶⁸ começa a delimitar como será sua política de ordenação da formação de recursos humanos e incluindo nela a residência médica.

6.2.3 Diferença entre Cuidar e Curar

Referente a diferença entre Cuidar e Curar a literatura pesquisada concorda com os resultados encontrados. Sendo este também um assunto discutido em outras áreas, desde a concepção de cuidar até atitude frente a pacientes terminais.

6.2.4 Práticas do cuidado em saúde

Quanto às práticas do cuidado, muitas e variadas foram as falas dos entrevistados sobre o tema envolvendo desde aspectos relacionais, de afetividade, de atitudes, até questões de habilidades e procedimentos médicos que fazem parte do ato de cuidar.

A literatura consultada também é bastante eclética quanto ao que denominei prática do cuidado.

Boehs⁴⁷ resume a proposta de Leininger para o desenvolvimento do cuidado, "levando em conta o modo de vida e as crenças compartilhadas: preservação do cuidado, acomodação e repadronização". Sendo o primeiro os cuidados de manutenção, os já praticados por um indivíduo, família ou grupo. Não importando se são benéficos ou inócuos para saúde, aqueles feitos primariamente pelo indivíduo, sem participação do profissional de saúde, ou contato com o sistema profissional de cuidado. Já o segundo conceito é fruto inicial da interação com o profissional, envolvem ações e decisões para facilitar pessoas de uma determinada cultura para adaptar-se ou negociar com esses profissionais como será feito o seu cuidado. Já o último

item pode ser entendido como "ações e decisões que ajudam indivíduos, grupos a reordenar, alterar, trocar, refazer, em parte seus modos de viver, beneficiando os padrões de cuidado à saúde" ⁴⁷ (adaptado).

Watson⁶⁹ sugere como sendo integrante do processo do cuidado o desenvolvimento dos seguintes fatores: 1) a formação de um sistema de valores humanísticos altruístas; 2) incitação de fé e esperança; 3) a cultura de sensibilidade em relação ao outro; 4) relação de ajuda-confiança; 5) a promoção e aceitação de sentimentos positivos e negativos; 6) uso sistemático da criatividade para resolver problemas do cuidar; 7) ensino-aprendizagem transpessoal; 8) ambiente de apoio, proteção e/ou de neutralização mental, física, sociocultural e espiritual; 9) satisfação das necessidades humanas; 10) tolerância para com forças espirituais-fenomenológicas-existenciais.

Grossemann e Patrício¹² comentando o estudo sobre o cuidado de Patrício⁵¹ no tocante a Leininger, colocam que:

o "cultivar a vida"- seja para promover a saúde ou para tratar problemas que limitam o processo de viver saudável, pressupõe a integração entre razão e sensibilidade como atributo da qualidade das interações que o ser humano desenvolve com outros seres humanos e com a natureza não cultural."

Assim, o processo de cuidar envolve componentes éticos e estéticos de bem viver individual-coletivo num dado ambiente, tendo em vista a complexidade e a diversidade das múltiplas interconexões que se constrói na história da vida, desde o primeiro ambiente o útero materno [...].

Patrício⁵² ainda destaca que:

O cuidado refere-se às atividades, aos processos e às decisões (diretas e indiretas) dirigidos ao indivíduo, grupo ou comunidade em situações de saúde e doença. (evidentes ou potenciais). Constitui-se, em "necessidade" e "recurso" do homem."

"Atos de cuidar ajudam, protegem e desenvolvem. Reduzem estresses e conflitos, possuem dimensão biológica, psico-espiritual, sócio-cultural e ecológica. São influenciados pela cultura (incluindo aprovação e expectativa social e regras), pelo conhecimento, nível de desenvolvimento, tempo, nível de estresse e preocupação e afetividade com a pessoa que necessita de cuidado e por outros recursos disponíveis para sua efetivação."

Sendo o cuidado direto, aquelas reflexões, atividades, ações e decisões feitos diretamente ao indivíduo ou grupo "*visando atender as necessidades de cuidado em situações individuais ou coletivas*". E o indireto¹ seria aquele realizado através de outras pessoas. O exemplo típico é o profissional envolvido em atividades de chefia, de planejamento ou estruturação de equipes ou serviços de saúde, que embora também tenha como objeto de trabalho a satisfação de necessidades em saúde individuais e coletivas, ele se limita a agir para que outros tenham melhores condições para diretamente exercer o cuidado.

Esta visão de atividades de planejamento e estruturação como sendo parte integrante do cuidado em saúde também é corroborada pela visão sistemática do médico sanitaria Emerson Elias Merhy². O autor descreve o cuidado como sendo "a alma dos serviços de saúde", permeando os atos de cada profissional do setor como pertencente a um "núcleo das atividades cuidadoras da saúde" que seria comum a cada categoria profissional ^{11,12}, seja aquela pessoa responsável pela limpeza, pela segurança, pela parte administrativa, ou as que cuidam diretamente do usuário/paciente.

O autor, em outro texto¹¹, segue dizendo que o processo de transformação da saúde “deve-se apontar para um modo de articular e contaminar o núcleo mais estruturado, o mais específico”, aquele próprio e praticamente exclusivo de cada profissional, que atualmente é o mais valorizado, que deve ser influenciado pelo núcleo mais amplo e necessário, e menos normalizado, que é o cuidador, “publicizando este processo no interior de uma equipe de trabalhadores”.

Neste caso, continua Merhy, concordam com ele Carraro⁷⁰ e Campos et al³ vê-se:

que o núcleo cuidador é o que deverá se impor, o que favorecerá inclusive a diminuição das relações de dominação que se estabelecem entre os vários profissionais, como representantes de certos interesses e modos de operá-los no interior dos modelos de atenção. E, mais ainda, pode-se abrir a partir deste núcleo em comum, o cuidador, um espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório.

Uma vez sendo o cuidar um núcleo comum das diferentes profissões da saúde, concluo que embora os principais teóricos do cuidado sejam enfermeiros e tenham escrito para e sobre o cuidado da enfermagem, não vejo problemas em transpor suas idéias e opiniões para outras categorias, inclusive a médica.

6.3 Atitudes frente a situações especiais

6.3.1 Pacientes Terminais

Quanto às atitudes frente a situações especiais as falas nas entrevistas foram bastante completas. Aqui vou destacar três situações, o médico como cuidador de si mesmo, o cuidado com paciente terminal e o auto-cuidado.

Revisando a literatura frente ao paciente terminal, encontrei dois artigos que resolvi resumi-los aqui.

O primeiro é de Almeida e Nascimento⁷¹ e o segundo de Ballone⁷².

O artigo de Celso Fortes e Maria Fernanda é muito pertinente para o médico cuidador de pacientes terminais. A citação: “A missão tradicional do médico é aliviar o sofrimento humano; se puder curar, cura; se não puder curar, alivia; se não puder aliviar, consola”, dá bem a dimensão da missão do médico e nos lembra das nossas limitações e das limitações da técnica que utilizamos em nosso trabalho de preservação e manutenção da vida.⁷¹

Todas as pessoas em todas as épocas e em diferentes fases da vida da mesma pessoa e em todas as culturas tem uma forma de ver e abordar a morte e os sentimentos que tal situação desperta. Temos desde o tabu de não se pensar ou se falar no e deste assunto, ou as visões de que a morte não é o fim da vida, mas uma passagem para outra forma de existência, conforme pregam muitas religiões ou filosofias, ou ainda, na visão materialista,

“dos filósofos iluministas do século XVIII, a morte é o fim total e absoluto, é nada mais do que a interrupção de um processo neurofisiológico, um mero evento biológico. Mas esse enfoque vem desde Epicuro. Segundo ele, a morte se caracterizaria pela ausência de sensações, pois, o morto não sente. Seguindo esse raciocínio, não deve ser boa nem ruim a morte, uma vez que só há bom e ruim na sensação, e a morte é ausência de sensação. De fato, as sensações representam a porta de entrada de nossa consciência, a qual nos dará a noção de nosso sujeito (nosso corpo) e de nosso objeto (do mundo ao qual contactamos pelas sensações). Como a morte é ausência das sensações, e estas representam a fonte de todo o prazer e de toda dor, não pode haver nada de bom nem de ruim, nem prazer nem dor, depois da morte⁷¹.”

Para o médico que lida diariamente com a possibilidade de ter um paciente perdido, e para as pessoas de maneira geral, a reflexão que o filósofo Sócrates, condenado a morte por ingestão de um veneno letal, nos deixou é adequada para começarmos a tratar com um pouco de maior profundidade este assunto: “Porque morrer é uma ou outra destas duas coisas. Ou o morto não tem absolutamente nenhuma existência, nenhuma consciência do que quer que seja. Ou, como se diz, a morte é precisamente uma mudança de existência e uma migração para a alma, deste lugar para outro”.⁷¹

De um modo geral, descontando as defesas das reflexões *zen*, das meditações transcendentais e de toda sorte de subterfúgios do medo e do temor do nada, a idéia da morte nos remete aos sentimentos de perda, portanto, em tese, nos desperta sentimentos dolorosos. Trata-se de uma espécie de dor psíquica, a qual muitas vezes acaba também gerando dores físicas, ou criando uma dinâmica incompreensível para quem a vida continua sorrindo.⁷²

Essa dor da perda da vida, leva a uma série de reflexões, tanto para quem está para morrer, pelas mais diversas razões, como para os que ficam, que perdem alguém.

É normal que esses momentos de reflexão, por todos os envolvidos, que levem a sentimentos “de tristeza, de finitude, de medo, de abandono, de fragilidade e insegurança.”⁷²

Para melhor compreensão do assunto, Elisabeth Kubler-Ross⁷³ descreveu, pela experiência, as reações perante a morte, em cinco estágios, conforme a seguir:

- Primeiro Estágio: negação e isolamento;
- Segundo Estágio: raiva;
- Terceiro Estágio: barganha;
- Quarto Estágio: depressão;
- Quinto Estágio: aceitação;

Cada um desses estágios tem suas próprias características, com maior ou menor intensidade, dependendo da visão de mundo, vida e morte, do paciente e daqueles que o cercam a respeito da morte.

Trazendo a visão desses estágios para o médico cuidador, Ballone⁷² que: “É claro que interessa, à psiquiatria e à medicina melhorar a qualidade da morte (como sempre tentou fazer em relação à qualidade da vida), que o paciente alcance esse estágio de aceitação em paz, com dignidade e bem estar emocional. Assim ocorrendo, o processo até a morte pôde ser experimentado em clima de serenidade por parte do paciente e, pelo lado dos que ficam, de conforto, compreensão e colaboração para com o paciente.”

Essa compreensão abre espaço para se desenvolver formas de o médico tratar os pacientes terminais, o que nos leva à *medicina paliativa*.

A visão trazida por Ballone⁷², é que a *medicina paliativa* ainda é incipiente no Brasil, não obstante já ser amplamente aplicada em outros países, como no Reino Unido, Austrália, Estados Unidos e Canadá, com mais de 6 mil centros desta modalidade de medicina, que trata de pacientes terminais.

No Brasil ela foi introduzida em 1983, pela Dra Míriam Marteleite no Hospital das Clinicas de Porto Alegre, e ainda é “praticamente desconhecida dos médicos brasileiros.”⁷²

Ressalte-se que “paliativo é a qualidade de aliviar, e é o que mais interessa à pessoa que sofre, portanto, quando se fala Medicina Paliativa não se pretende, de forma alguma,

atribuir um sentido pejorativo, minimizado ou frugal ao termo. Devemos ter cuidado quando alguém diz... “*esse medicamento é APENAS um paliativo*”, com intenção clara em atribuir alguma conotação pejorativa.”⁷²

A medicina paliativa não busca prolongar a vida do paciente terminal, nem tampouco refere-se à eutanásia. Busca-se, apenas, estar presente junto ao paciente terminal e seus familiares, oferecendo “conhecimentos médicos e psicológicos suficientes para o suporte físico, emocional e espiritual durante a fase terminal e de agonia do paciente, bem como melhorar a maneira de sua família e amigos lidarem com essa questão.” É uma forma de “cuidado médico e multiprofissional aos pacientes cuja doença não responde aos tratamentos curativos.”⁷²

Esta visão de cuidado médico leva a uma discussão sobre a quebra de tabu em relação ao tratamento dado à morte, e à *qualidade de vida na morte*, principalmente no meio médico, pois a maior dificuldade para esta forma de medicina ter o mesmo *status* das demais especialidades, “pode ser o preconceito universal existente em relação às condutas terminais, mais precisamente, em relação à morte.”

Trazer esta discussão para o meio acadêmico, principalmente na escola de medicina, é um nobre objetivo para a missão do médico cuidador, que deve ser preparado para tal.

O prolongamento da vida e o aumento da expectativa de vida no século XX, graças aos avanços tecnológicos, estão levando as pessoas, pela idade avançada, a sofrerem diversas doenças degenerativas, crônicas e muitas vezes, incapacitantes, o leva a muitos pacientes a categoria de *paciente terminal*.

“O estado mórbido que chamamos de Doença Terminal se caracteriza por algumas situações clínicas precisamente definidas, as quais se podem relacionar da seguinte forma:

- Presença de uma doença em fase avançada, progressiva e incurável.
- Falta de possibilidades razoáveis de resposta ao tratamento específico.
- Presença de numerosos problemas ou sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e alternantes.
- Grande impacto emocional (no paciente e familiares) relacionado à presença ou possibilidade incontestável da morte.
- Prognóstico de vida inferior a 6 meses”⁷².

Para estes casos, pacientes da *medicina paliativa*, deve-se buscar informar, ao paciente, “sobre o que está ocorrendo e sobre as possíveis questões que possam estar

preocupando. Também a família deve estar sempre bem informada, especialmente quando os cuidados estiverem a cargo dela (Sánchez, 2000 citado por Ballone ⁷².”

A família é um fator importante para o cuidado dos pacientes terminais bem como, a própria família deve ser também *cuidada* e orientada “para que ela seja um bom suporte de auxílio ao paciente terminal, priorizando sempre as condições necessárias para manter o paciente em casa onde, seguramente, terá uma qualidade de vida melhor. Em casa ele estará cercado de carinho e atenção, o que pode minimizar o seu medo de morrer.”⁷²

É claro que esta abordagem levanta uma série questões ainda não tratadas no ambiente acadêmico, principalmente na escola de medicina, na formação dos novos médicos, haja vista os possíveis tabus ainda existentes em relação ao assunto.⁷²

Dentre as questões a serem abordadas está a visão de quando termina a medicina curativa e começa a medicina paliativa, para os pacientes terminais (haja vista a cultura vigente). “Diante do paciente terminal, quando a medicina já sabe que a doença venceu a guerra, não cabe mais ao médico a tentativa de cura, muitas vezes extremamente sofrível e estéril, mas assistir, servir, confortar e cuidar. Se pretendermos ajudar alguém nessa fase, seja terapêuticamente, medicamente ou humanamente, deveremos nos informar e nos preparar para lidar com a morte.” ⁷²

Implica em aceitar as limitações técnicas da medicina (afinal ela não é toda poderosa em prolongar indefinidamente a vida com qualidade); em resgatar a visão de o que se pode fazer para melhorar a qualidade de vida, face à morte iminente; em conhecer os medos que todos nós temos em função do inevitável; em conhecer a morte e as formas de morrermos com dignidade e entre os que nos são queridos; em discutir a cultura e o medo da morte, utilizando todas as visões possíveis e adequadas sobre o assunto, tanto filosóficas quanto religiosas, cabendo “ao terapeuta terminal cabe escolher a melhor situação ideológica que atende à pessoa terminal. Preferentemente, devido à sensibilidade natural das pessoas e às influências culturais, o apelo religioso deve ser considerado em primeiro lugar.”⁷²

6.3.2 Médico cuidando de médicos

Já quanto ao médico como cuidador de médicos, ou o médico como paciente, o livro de Meleiro (1999) com o mesmo título é bastante elucidativo.

A autora⁷³, médica, realizou um estudo, entre 01 de novembro de 1994 e 30 de junho de 1995, materializado no livro *O Médico como Paciente*, com a finalidade de obter e confirmar informações (Meleiro, 1995⁷³), de que “oitenta por cento” dos médicos mencionaram “a dificuldade em tratar o paciente médico (relação médico X paciente-médico).”

A amostra foi constituída de pacientes internados no Instituto do Coração - INCOR-HCFMUSP (Brasil), (...). Foram entrevistados 61 médicos, 76 advogados e 66 engenheiros internados, todos com alguma patologia cardíaca. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada, além de terem sido aplicadas as escalas para avaliar as funções cognitivas, a depressão e a ansiedade e um conjunto de questões de auto-avaliação elaborado pela autora desta pesquisa.⁷³

Existe todo um contexto cultural por trás dos profissionais da área médica, que leva às constatações e à confirmação de que realmente é mais difícil tratar um paciente médico.

Parte do problema é a visão que se tem do médico, por parte das pessoas não-médicas, e a visão que o próprio médico tem de si próprio e do meio em que vive. A autora cita que:

a imagem do médico idealizada como um benfeitor da humanidade, dotado de características de filantropia, de renúncia, comparado ao “sacerdócio”, deixando seus próprios interesses em prol dos pacientes, tem sofrido um rude golpe à medida que ocorrem mudanças sociais. As condições de trabalho se mostram piores, submetendo o médico a duras jornadas de trabalho, com salários vis, que dificultam a própria sobrevivência.⁷³

A pressão “do meio” em que vive o profissional médico é bem demonstrada na afirmação da autora “Muitos pessoas ficam alarmadas ao saber que seu médico sucumbiu a uma doença. Parece que médicos existem para tratar das pessoas doentes e, portanto, estão simplesmente *“proibidos de ficar doentes”*.. Relembrando um adágio popular: *“Duas coisas me custa crer, religioso pecar e médico adoecer.”* Ambos, o religioso (padre, pastor, rabino) e o médico, são seres humanos, e mesmo imbuídos dos seus respectivos papéis acabam por apresentar as “falhas humanas.”

Essas visões repercutem no profissional médico, em maior ou menor grau, exercendo a sua influência e prejudicando-o enquanto ser humano. Observa-se que o profissional médico está sujeito aos mesmos problemas de saúde que às demais pessoas, mas devido à sua visão de

mundo, são exacerbadas algumas patologias neste tipo de profissional. A autora relata que aos médicos estão sujeitos a um maior risco de:

depressão, suicídio, alcoolismo, abuso de substâncias. Todas as doenças podem ocorrer em médicos, mas há uma super-representação nas doenças afetivas (depressão unipolar e bipolar), dependência do álcool e outras substâncias psicoativas, conflitos de orientação sexual (AIDS), distúrbios alimentares (anorexia em estudantes e residentes do sexo feminino), quadros demenciais e de delirium. Entre as doenças físicas têm maior riscos as doenças cardiocirculatórias, doenças relacionadas ao abuso de álcool, nicotina e outras drogas e neoplasias.⁷³

O fato de ser médico leva a comportamentos diferenciados em relação aos demais profissionais e mesmo em relação às demais pessoas, quando se trata de sua própria doença. O auto-diagnóstico, a auto-medicação, a minimização do problema (face aos aspectos culturais citados), à demora em admitir que precisa de ajuda profissional, as diversas formas de *fuga* (álcool, drogas) e de tentativa de alívio de *stress*, o ego inflado em virtude dos conhecimentos técnicos possuídos pode levar a atitudes arrogantes, face aos demais profissionais que tratam o paciente médico; superficialidade da consulta ao colega, e o tratamento recebido, também em virtude dos conhecimentos técnicos possuídos, que pode ser de forma superficial, minimizam o problema e as formas de tratamento recomendadas, agravando a situação do médico doente.

A autora⁷³ observa que tais atitudes são resultado do medo latente de o médico ter sua imagem denegrida perante o outro colega médico:

É comum o médico, diante de alguns sintomas, fazer consultas com amigos especialistas, pessoalmente ou por telefone, muitas vezes, sem mencionar que o paciente dos sintomas descritos é ele mesmo. Assim, medica-se por orientações ou sugestões de colegas que desconhecem estar diante do próprio paciente. O mesmo para alunos de Medicina que indagam a seus professores sobre informações de determinadas doenças de um “tio ou vizinho” e na verdade, são autoconsultas. A pessoa (médico e ou aluno) começa o discurso na terceira pessoa, e gradativamente passa a utilizar a primeira pessoa, mas não se colocam na posição de necessitar de ajuda, pois isto “parece” denegrir sua imagem.⁷³

Uma situação grave e preocupante em relação ao paciente médico é, em alguns casos, a tendência para o suicídio, face às características de sua profissão:

O hospital é a instituição marcada pela luta constante entre a vida e a morte. Nele estão as esperanças de melhora, de cura, de minimizar ou suprimir o sofrimento, mas também está a marca da morte, sempre alerta e presente, numa batalha constante diante das condutas terapêuticas. O profissional de saúde está preparado para a cura, mas frequentemente angustiado pela morte. Frente aos limites da realidade acaba sendo facilmente frustrado em suas necessidades de realização e reconhecimento, isto pode ser suficiente para produzir: ansiedade, depressão, somatização, hipocondria, abuso de álcool e outras drogas, podendo culminar com suicídio.⁷³

Além disso, a autora destaca como uma hipótese “as tendências materialistas que acreditamos existir entre os médicos, pois a morte lhes é familiar, em todas as suas formas, além de terem o meio do suicídio ao alcance das mãos.” Neste sentido a publicação do AMA-Council On Scientific Affairs (JAMA; 1987)⁷³ apresentou algumas hipóteses em relação ao comportamento dos médicos que cometem suicídio:

1. Manifestam especial vulnerabilidade ou experiências de eventos circunstanciais diferentes (recente perda profissional ou pessoal, problemas financeiros ou de licença) em relação aos outros médicos;
2. Tendem a trabalhar mais horas que os outros colegas;
3. Tendem a abusar de álcool e outras drogas;
4. Estão mais insatisfeitos com suas carreiras médicas que outros médicos;
5. Dão sinais de aviso da intenção de suicidar-se a outros;
6. Têm desordem mental e emocional com mais frequência;
7. Tiveram dificuldades na infância e seus problemas familiares são comuns;
8. Automedicam-se mais frequentemente que os outros colegas.

Observou-se, no resultado da pesquisa, em relação aos demais profissionais componentes da amostra que:

[...] os médicos diferiram estatisticamente dos advogados e engenheiros em alguns aspectos do processo do adoecer: motivaram-se menos para mudar suas vidas após a doença; ficaram mais ansiosos e irritados com o fato de estar doentes; não se preocuparam em ser bons pacientes; referiram maior satisfação com os cuidados da equipe de enfermagem; desaprovaram a condução do tratamento médico; confiaram menos na prescrição médica, seguindo-a pouco; preocuparam-se com os efeitos colaterais dos medicamentos, e menos com os efeitos benéficos; declararam gostar de ser informados sobre a medicação prescrita; tinham o hábito de tomar remédios por conta própria (auto-medicação) com maior frequência antes da internação; valorizaram pouco a atitude dos médicos em sua melhora. Vinte pacientes foram excluídos do estudo. Entre eles, o óbito nas primeiras 48 horas de admissão no Instituto do Coração, foi a razão para exclusão de cinco médicos, um advogado (nenhum engenheiro), além de dois outros médicos terem entrado em coma nas primeiras 72 horas da internação, evoluindo para óbito. Esses pacientes-médicos, conforme contato telefônico com a família, demoraram a procurar auxílio, chegando ao hospital com um grau de gravidade maior. Conclui-se que os médicos entrevistados, com um referencial diferente por ter (ou pensar ter) profundos conhecimentos na área médica, enfrentaram o processo de eles próprios adoecerem com características diversas em relação à população universitária estudada, sendo assim pacientes especiais e mais exigentes: apresentaram grande dificuldade de sair da posição vertical (de profissionais) para a posição horizontal (de pacientes). Dentro da população estudada ficou configurado ser o médico o pior paciente para ser tratado quando internado.⁷³

As implicações dessas constatações, entre outras, deveria levar os profissionais médicos a refletirem sobre sua própria situação, enquanto médicos e enquanto pacientes, gerando uma cumplicidade positiva que levasse a um comportamento semelhante aos demais pacientes, quando paciente, e na recíproca, recebesse o mesmo tratamento de seus colegas.

A autora⁷³ recomenda que:

Nossa classe deve tornar-se mais sensível às dificuldades existentes em tratar de um médico-enfermo e mais apta a reconhecer “o pedido de ajuda” de um colega e o próprio, sem contudo deixar de zelar pelos interesses do público. A morte precoce de um médico é um desperdício de recurso humano.⁷³

É relevante que este conhecimento fizesse parte do conhecimento técnico ministrado no curso de medicina e das demais especialidades formadoras de profissionais ligados à saúde.

Segundo Patrício⁵² a *"necessidade do cuidado pode ser atendida"* de duas formas: 1) pelo próprio indivíduo ou grupo, *"na família e em outros grupos sociais, dentro de um contexto popular de saúde e 2) pelo profissional cuidador (dentro do sistema profissional de saúde)"*. O cuidado no contexto popular *"reflete crenças/valores, práticas e recursos locais sendo que a maioria dessas práticas foi desenvolvida através de experiências da vida diária, e relaciona-se com a estrutura social (parentesco, religião, economia e política)"*. Já o cuidado profissional:

tem sua base no aspecto personalizado, através da visão holística do homem, a partir de suas necessidades, problemas, crenças e valores, expectativas, atitudes e recursos que possui para o cuidado. É fundamentado em conhecimentos precisos, uso de instrumentos tecnológicos, técnicos e procedimentos de cuidado empiricamente conhecidos, e também nos elementos do "cuidado popular."⁵²

Carraro⁷⁴ e Vaz⁷⁵ acrescentam ainda o cuidado de si, não apenas pelo exemplo, mas também pela melhora da empatia e da própria ação e atitude de cuidar do outro.

6.4 Percepção frente a diferentes áreas

As opiniões dos entrevistados nesta categoria são divergentes, antagônicas, até. Excetuando-se um médico que referiu desconhecer diferença do cuidado entre clínico por não ter prática com o público de uma das especialidades, os demais omitiram opiniões contundentes, variando desde um enfático "não há diferença" até falas que diferenciam o

cuidado não apenas entre clínicos e pediatras, mas comentam também a respeito dos cirurgiões.

A literatura parece concordar com a não existência de diferença. Resta saber se a relevância do que é preconizado pela literatura, e trago aqui dois autores dos mais influentes entre suas áreas, tem o mesmo peso para pediatras e clínicos.

Eu penso que tem. Enquanto para clínicos, de forma geral, temas como cuidar e relação médico paciente é algo na prática como ilusório, idealizado, pertencente a uma ou duas aulas isoladas na graduação, e que ele pouco se interessa, ou tem pouco acesso durante sua prática clínica - pois dedica a maior parte do seu tempo de estudo médico para diagnóstico e tratamento de patologias - o pediatra, mesmo que não tenha como parte integrante de sua formação prévia (como um dom ou educação familiar), tem em seu "treinamento" como residente e parte integrante e constante de sua atividade cotidiana a puericultura, que tem muito da concepção de cuidar.

Até porque, conforme mencionaram alguns entrevistados, o clínico ao trabalhar com adultos, já os considera "educados" e "autônomos" em relação ao auto-cuidado, em contraste com a criança que é mais dependente e inspira intervenções cuidadoras por parte do pediatra com parte integrante de seu crescimento e desenvolvimento até a vida adulta.

O Tratado de Medicina Interna de Cecil⁷⁶ ao abordar a questão comenta:

Um médico pode diagnosticar e prescrever de maneira tecnicamente correta e científica, porém insensível. O paciente pode melhorar e, até mesmo curar-se, mas ainda assim, sentir-se insatisfeito com a interação [...] meu médico (cita como se fosse o paciente falando) se mostra sensível e compassível além da simples capacidade técnica? Os pacientes querem e merecem compaixão e compreensão. Eles querem que seu médico esteja interessado por eles como indivíduos que buscam conselhos, bem como alívio da dor, doença e do sofrimento. Querem sentir que podem compartilhar seus pensamentos mais profundos e os segredos mais caros ao seu médico. Em suma, desejam considerá-lo como um amigo digno de toda confiança [...]⁷⁶

E os autores ao falar de como pode ser desenvolvida tal habilidade diz:

Dar-se com naturalidade, delicadeza e intencionalmente, é para a maioria das pessoas, uma habilidade adquirida. Por vezes necessária uma profunda sensação de despertar interior para liberar a sensibilidade e compaixão inatas, que talvez não se tenham expressado desde a infância. Sendo características obrigatórias se quisermos ser médicos completos.⁷⁶

Saindo do campo mais relacional e entrando em um mais prático os autores continuam:

O paciente continua a precisar de ajuda para compreender sua doença, lidar com suas interações familiares e encontrar um ouvinte interessado, quando está sofrendo muito. Ele freqüentemente precisa de ajuda para obter o auxílio médico adicional necessário de especialistas e consultores, bem como a

ajuda pessoal para lidar com processos que envolvem situações familiares e pessoais. Muitos pacientes necessitam de um elo com sistemas de apoio comunitário ou social.⁷⁶

E ao discorrer sobre o médico como um profissional cita⁷⁶ o American Board of Internal Medicine:

o profissionalismo na medicina interna compreende os atributos e comportamentos que servem para manter os interesses do paciente acima dos próprios interesses. a) Um compromisso com os mais altos padrões de excelência na prática da medicina, assim como na geração e disseminação do conhecimentos; b) Um compromisso com as atitudes e os comportamentos que mantêm os interesses e o bem-estar dos pacientes; c) Um compromisso de ser sensível às necessidades de saúde da sociedade. O profissionalismo aspira altruísmo, responsabilidade, excelência, dever, serviço, honra, integridade e respeito pelos outros.⁷⁶

Já Leoni e cols. ao discorrerem sobre a pediatria colocam que "ela tem duas formas de atividade: a "Puericultura", que cuida da manutenção das condições de normalidade e a Clínica Pediátrica, ou Pediatria Curativa, que cuida de sua restauração quando alterada."⁷⁷

E continua: "É um campo peculiar da medicina, diverso das especialidades em geral. Enquanto estas cuidam dos problemas de um órgão, de um aparelho ou de um sistema, a pediatria cuida dos problemas de um período de vida. Equiparando-se somente geriatria."⁷⁷ Aqui entendo que fazendo um paralelo com a atualidade poderia ser percebido algo semelhante ao que afirma o autor se considerar que existe uma maior valorização social dos pediatras gerais do que dos clínicos gerais, mesmo que esta tendência tenha sofrido mudanças.

Ao falar sobre amplitude de ação coloca que "a assistência à criança precede a fecundação, através da higiene pré-concepcional (seleção e aconselhamento genéticos, tratamento de doenças de um ou outro cônjuge que pode afetar o futuro ser), da higiene pré-natal e da higiene natal".⁷⁷

Existe pelo pediatra toda uma preocupação com a criança, a família e o ambiente da criança, ⁷⁶com análise de campos de saber como a Ecopediatria. Ou ainda com o crescimento e o desenvolvimento da criança.

Os autores⁷⁷ subdividem a Puericultura em Higiene (ou atenção) Alimentar, Mental, Antiinfeciosa; Física e Aspectos Odontológicos na Infância. Estendendo-se a vários aspectos da vida do paciente e familiares, desenvolvendo atividades educativas e preventivas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendo que os objetivos do trabalho foram alcançados, tendo sido possível identificar e conhecer a concepção e prática do cuidado em saúde dos entrevistados, que é muito heterogênea. Também fazer a comparação entre concepção e prática do cuidado entre clínicos e pediatras.

A metodologia proposta de estudo de caso com a análise qualitativa dos dados obtidos mediante um roteiro semi-estruturado em profundidade se mostrou muito útil para realização deste trabalho. Minhas expectativas quanto a esta pesquisa foram superadas, sendo possível não apenas conhecer a temática abordada, mas realizar uma auto-avaliação frente ao meu cuidado em saúde.

A partir do visto no trabalho, minhas principais considerações são que os médicos entrevistados, de forma geral, cuidam mesmo sem saber que o fazem (confirmando pressuposto inicial). O pediatra é um profissional cuidador. Contribuem para isso a empatia que tem pelas crianças e o fato de durante sua formação e prática médica exercer mais constantemente o cuidado em saúde.

Entendo como cuidado em saúde, seria toda ação realizada pelo cuidador destinada a suprir a necessidade em saúde de quem é cuidado, seja este um sujeito individual ou coletivo.

Como o curso de medicina da UFSC está passando por um momento de reestruturação de seu processo de formação - com uma maior interface junto ao paciente desde o começo até o final do curso - tenho grandes esperanças de, apesar dos problemas, conseguirmos obter gerações de profissionais melhores cuidadores.

Penso que a presença e a interação com a rede de saúde, além do contato com outros profissionais da saúde gerará uma oportunidade de aprendizado para um melhor relacionamento médico-paciente e por sua vez um melhor cuidado.

Faz-se necessário mais momentos de práxis do cuidado nos cursos de medicina. Precisa-se ter um momento de reflexão sobre a prática e planejar momentos de correção de trajetória. Aproveitando todas as oportunidades de aprendizado com os pacientes, inclusive aquelas em que acompanhamos nossos professores e eles desempenham o chamado currículo oculto.

Espaços como a Residência Multi-Profissional em Saúde da Família e os momentos de Discussão de Caso Clínico Comunitário devem ser bem aproveitados. Incentivando .se possível, outros espaços de reflexão e prática do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Patricio ZM. Processo de trabalho da enfermagem frente as novas concepções de saúde: repensando o cuidado/propondo o cuidado (holístico). *Texto & Contexto Enf.* 1993 Jan./Jun; 2(1):53-66.
2. Merhy, EE. [homepage da internet]. O Ato de Cuidar. In: Ministério da Saúde, Vigências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil- Ver-SUS [acesso em 2001 Out 21]. Disponível em: <http://www.ccs.ufpb.br/nesc/caderno%20de%20textos.pdf>
3. Campos FE, Santana JP, Cherchiglia ML. Curar e cuidar: as novas atribuições do médico na equipe de saúde da família. In: Alves CRL, Viana MRA. *Saúde da família: cuidando de crianças e adolescentes*. Belo Horizonte, MG: COOPMED; 2003. P. 15-18.
4. Conferência Nacional de Saúde (CNS) [homepage na internet]. Relatórios da 1, 3, 5, 6, 7,8,9,10,11 e 12 CNS. [acesso em 2005 Dez. 12]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>
5. Brasil, Ministério da Saúde. Projeto Promoção de Saúde: Declaração de Alma Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. Ferreira RA. [homepage na internet]. A medicina atual-biológica e tecnológica. [acesso em 2005 Fev. 6] Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/edump/ped/biotec.htm> .
7. Da Ros MA. A ideologia nos cursos de medicina. In.: Marins JJN, Rego S, Lampert JB. *Educação médica em transformação: instrumentos para construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; 2004. P. 224-244.
8. Merhy, EE. A dimensão cuidadora da produção em saúde: e a tensão dos núcleos de competência profissionais na produção dos modelos de atenção. In: Merhy, EE. *O SUS em Belo Horizonte*. São Paulo, SP: Xamã;1998.
9. Guerreiro LT, Machado AC, Maravilha CA. [homepage na internet]. A visão antropológica do cuidado nos serviços de saúde. [acesso em 2004 Nov. 15] Disponível em: <http://www.pec.uem.br/dcu/Trabalhos/6-laudas/GUERREIRO,%20Lidiane%20Trindade.pdf> .
10. Laplantine F. *A antropologia da doença*. São Paulo, SP: Martins Fontes; 1991.
11. Merhy, EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: Merhy, EE *O SUS em Belo Horizonte*. São Paulo,SP: Xamã; 1998.
12. Grosseman S, Patrício Z. *A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios*

- para promoção da educação médica. Rev Bras Educ Med 2004 Mai/Ago; 28 (2): 99-105.
13. Becker HS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 2 ed. São Paulo: HUCITEC; 1994.
 14. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 3. ed. São Paulo: Atlas; 1991.
 15. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
 16. Tobar F, Romano Yalour M. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
 17. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 1994.
 18. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4 ed. São Paulo: Atlas; 1994.
 19. Freitas FL, O grupo de saúde no cotidiano de pacientes portadores de diabetes mellitus: estudo de caso na unidade de saúde costeira do pirajubaé.[trabalho de conclusão de Curso]. Florianópolis(SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
 20. Almeida Filho N. O conceito de saúde e a vigilância sanitária: notas para compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde. Brasília: ANVISA; 2000.
 21. Rumel D, Toscano CM, Mengue SS, Duncam BB. Condições de saúde da população brasileira. In: Duncam BB. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: ARTMED; 2004.
 22. Ros, MAD. Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção FSP-USP e ENSP-Fiocruz entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwick Fleck. [Tese] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Doutorado em Educação e Ciência; 2000.
 23. Alcântara P. Introdução ao estudo da pediatria. In: Marcondes E et al. Pediatria Básica. 8 ed. São Paulo: Sarvier; 1994. volume 1
 24. Coelho MTAD, Almeida Filho N. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais em saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003. P.101-113.
 25. Foucault M. O nascimento da clínica. 5 ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 1998.
 26. Foucault M. A história da loucura. São Paulo (SP): Perspectiva; 2002.

27. Canguilhem G. O normal e o patológico. 5 ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 2000.
28. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e a reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO. Inventando a mudança na saúde. 2 ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.
29. Helman.C.G. Antropologia Médica e Atenção Primária à Saúde.In: Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária-2ª edição. Porto Alegre. Editora Artmed, 1996.
30. Knauth DR, Oliveira FA. Antropologia e atenção primária a saúde. In: Duncam BB. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: ARTMED; 2004.
31. Ferreira J. O corpo signico: saúde e doença um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
32. Boff L. O despertar da águia: o dia-bólico e o sim-bólico na construção da realidade. Petrópolis (RJ): Vozes; 1998.
33. Gama LA. Educação Popular em Saúde-Reflexões sobre os conceitos e a prática do estudante de Medicina da UFSC. [Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Medicina] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
34. Cutolo LRA. Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em Medicina da UFSC. [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Doutorado em Educação; 2001.
35. Rosen G. Da polícia médica a medicina social. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
36. Arouca AS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. [Tese]. Campinas: UNICAMP; 1975.
37. Paim J, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Saúde; 2000.
38. Pustai OJ. O sistema de saúde no Brasil. In: Duncam BB. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: ARTMED; 2004.
39. Westphal MF, Almeida ES. Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.
40. Fernandes JCL. A quem interessa a relação médico paciente?. Cad. Saúde Pública, Jan./Mar. 1993, vol.9, no.1, p.21-27.
41. Ballint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.
42. Caprara A, Franco ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad. Saúde Pública, jul./set. 1999, vol.15, no.3, p.647-654.

43. Grosseman S, Patrício ZM. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. *Revista brasileira de Educação Médica* 2004 Mai/Ago.; 28(2): 99-105.
44. PUCCINI PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, set./out. 2004, vol.20, no.5, p.1342-1353.
45. Leininger MM; *Care : the essence of nursing and health*; Thorofare, NJ, 1984.
46. Boehs AE. A narrativa no mundo dos que cuidam e são cuidados. *Rev. latino-am.enfermagem* 2000 Jul; 8 (3): 5-10.
47. Watson J.[homepage da internet]. Tranpersonal caring and the caring moment defined. [acesso em 2005 Ago 3]. Disponível em:
<http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/transpersonal.asp> .
48. Maia ARR. O cuidado na perspectiva dos clientes atendidos em ambulatório. *Texto e Contexto Enfermagem* 1998 maio/ago; 7(2): 133-150.
49. Bobroff MCC. Identificação de comportamentos de cuidado afetivo-expressivo nos alunos de enfermagem: construção de instrumentos. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2003. [acesso em 2005 Ago 02]. Disponível em:
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-19102004-150714/publico/mestrado.pdf>
50. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.
51. Patrício ZM. A dimensão felicidade-prazer no processo de viver individual e coletivo: uma questão de bioética numa abordagem holístico-ecológica. [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1995.
52. Patrício ZM. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. *Texto Contexto Enf.* 1992 Jan/Jun; 1 (1): 89-106.
53. Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito. [Tese] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1991.
54. Leopardi MT. Necessidade de saúde e cidadania. *Revista Texto e Contexto Enfermagem* 1992; 1(1): 54-73.
55. Mendes Gonçalves RB. Prática de saúde: processo de trabalho e necessidades. *Caderno CEFOR*. São Paulo: CEFOR; 1992.
56. Doyal YL, Gough I. A teoria da necessidade humana. Nova York: Guilfold; 1991.
57. Iunes RF. Demanda e demanda em saúde. Brasília: Ministério do Planejamento e Orçamento: IPEA.; 1995.
58. Matsumoto NF. A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do

município de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: USP; 1999.

59. Piccini RX, Facchini LA, Santos RC. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Preparando a transformação da educação médica brasileira: projeto CINAEM III fase: relatório 1999-2000 / CINAEM. Pelotas (PR): UFPel; 2000. p. 284-5.
60. Dussault G, Souza LE. Gestão de recursos humanos em saúde no âmbito nacional [workshop]. São Paulo: USP; 2000.
61. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. [e-mail] Campinas: UNICAMP; 2001.
62. Gallo E. CINAEM III fase. Transformação do Ensino Médico no Brasil. Dispositivos inovadores para as escolas médicas: oportunidades do ambiente externo. Pelotas: UFPel; 2000.
63. Lampert Avaliação do processo de mudança na formação médica In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (Orgs.). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004.
64. I Seminário de avaliação da reforma curricular do curso de medicina da UFSC . [homepage da internet]. Florianópolis: UFSC; 2004. [acesso em 2005 Nov. 18]. Disponível em: <http://www.medicina.ufsc.br/avaliacaoreforma.pdf> .
65. Albizuri E. O novo currículo de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina: uma análise comparativa entre as bases teóricas da mudança e a atual situação da reforma curricular [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
66. Feuerwerker LMC. A formação de médicos especialistas no Brasil. [homepage da internet]. In.: Chaves ITS et al. Cadernos de textos para subsidiar as discussões sobre residência médica nas coordenações locais da DENEM. [acesso em 2006 Fev. 14] Disponível em: <http://www.denem.org.br/2005/arquivos/1123095295737.doc>
67. Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao SUS. Cadernos de Saúde Pública 1996 Nov./Dez.
68. Brasil. Ministério da Saúde 2004. O SUS e as especializações em área profissional realizadas em serviço. [homepage da internet]. In.: Chaves ITS et al. Cadernos de textos para subsidiar as discussões sobre residência médica nas coordenações locais da DENEM. [acesso em 2006 Fev. 14] Disponível em: <http://www.denem.org.br/2005/arquivos/1123095295737.doc>
69. Watson J. [homepage da internet]. Theory evolution. [acesso em 2005 Ago 3] Disponível em: <http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/evolution.asp>
70. Carraro V. [homepage da internet]. O cuidado profissional e o cuidado de si. [acesso em 2006 Jan 10] Disponível em: <http://www.ufrgs.br/eenf/DisciplinasEnf/enf01001/cuidadoprofissional.doc>.

71. Almeida CF, Nascimento MFC. [homepage da internet] Origens do medo da morte. [acesso em 2006 Fev 3]. Disponível em:
http://celsofortes.sites.uol.com.br/tanatol_2.htm.
72. Ballone GJ. [homepage da internet]. Lidando com a Morte. In: PsiqWeb Psiquiatria Geral; 2002.[acesso em 2005 Dez. 12]. Disponível em:
<http://sites.uol.com.br/gballone/voce/postrama.html>.
73. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
74. Carraro V. [homepage da internet]. O cuidado profissional e o cuidado de si. [acesso em 2006 Jan.]. Disponível em:
<http://www.ufrgs.br/eenf/DisciplinasEnf/enf01001/cuidadoprofissional.doc> .
75. Vaz P. [homepage da internet] Um corpo com futuro. [acesso em 2005 Fev 9]. Disponível em:
<http://www.eco.ufrj.br/ciberidea/equipe/pdf/paulovaz/umcorpocomfuturo.pdf> .
76. Fred LG, Bennett JC. A medicina como vocação e profissão In. Goldmann, Bennett JC. Cecil, tratado de medicina interna. Rio de Janeiro: Guanabara Konann; 2001.
77. Leoni C. Puericultura. In: Marcondes E. Pediatria básica. São Paulo: Sarvier; 1994.
78. U.S. Census Bureau. Population division [homepage da internet]. U.S. POPClock projection. [acesso em 2006 Fev 3]. Disponível em:
<http://www.census.gov/population/www/popclockus.html>
79. Gois A. [homepage da internet]. Médicos não sabem usar a tecnologia, diz ex-secretário. Folha de São Paulo 2006 Fev 6. [acesso em 2006 Mar 3]. Disponível em:
<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc0602200616.htm>.
80. Srougi M. [homepage da internet]. Alguma coisa está errada por aqui. Folha de São Paulo, Folha Cotidiano 2006 Fev 24 [acesso em 2006 Mar 3]. Disponível em:
<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2402200625.htm>
81. IBGE [homepage da internet] Estimativas preliminares para 1º de julho de 2004. [acesso em 2006 Mar 3]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2005/estimativa.shtm?c=1>

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normalização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de novembro de 2005.

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Meu nome é **Guilherme Ramos Sens**, estudante de medicina da 12a. fase da Universidade Federal de Santa Catarina, matriculado pelo numero 9825423-5 e estou desenvolvendo a pesquisa ***“O MÉDICO E O CUIDAR EM SAÚDE: um estudo de caso com clínicos e pediatras que exercem atividades docentes em um Hospital Universitário”***, com o objetivo de conhecer a concepção de cuidado em saúde dos docentes das áreas de clínica médica e pediatria de um Hospital Escola e a aplicação de tal concepção na sua prática profissional cotidiana.

O cuidado em saúde tem sido subestimado frente ao desenvolvimento tecnológico da medicina, e o médico muitas vezes cuida sem saber que o faz. Entretanto o cuidado em saúde é a própria essência da medicina. Por isso, se faz necessário conhecer a visão dos médicos sobre o cuidar e teorizar sobre o tema.

Os procedimentos metodológicos para realização deste estudo de caso são de natureza qualitativa, utilizando entrevistas como técnica e instrumento de coleta de dados. O material coletado só será utilizado com seu consentimento. E o que for relatado será gravado em fita e após transcrição serão devolvidos para verificação e aprovação do entrevistado. Após isto será feita então a análise e categorização dos dados. Assegura-se que nenhuma etapa traz riscos nem desconfortos aos envolvidos (além do tempo despendido com a entrevista e validação).

Espera-se que a pesquisa possa trazer benefícios para o desenvolvimento de um cuidado médico mais aprimorado. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato, a qualquer momento, pelo telefone (48) 32400118 ; 91 11 12 13. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho uma vez que se garante o anonimato.

Assinaturas:

Pesquisador principal _____

Pesquisador responsável _____

Eu, _____ fui esclarecido sobre a pesquisa: **“O MÉDICO E O CUIDAR EM SAÚDE: um estudo de caso com clínicos e pediatras que exercem atividades docentes em um Hospital Universitário”** e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, _____ de _____ de 2006

Assinatura: _____

RG: _____

Trabalho de Conclusão de Curso de Guilherme Ramos Sens.

“O MÉDICO E O CUIDAR EM SAÚDE: um estudo de caso com clínicos e pediatras que exercem atividades docentes em um Hospital Universitário”,

Caro colaborador(a), esta folha é sua,

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato, a qualquer momento, pelo telefone (48) 32400118 ; 91 11 12 13. Ou mesmo por e-mail: guilhermeramosens@yahoo.com.br

Segue cópia do texto inicial,

Muito obrigado pela colaboração,

Guilherme Ramos Sens

(...)

Meu nome é **Guilherme Ramos Sens**, estudante de medicina da 12a. fase da Universidade Federal de Santa Catarina, matriculado pelo numero 9825423-5 e estou desenvolvendo a pesquisa ***“O MÉDICO E O CUIDAR EM SAÚDE: um estudo de caso com clínicos e pediatras que exercem atividades docentes em um Hospital Universitário”***, com o objetivo de conhecer a concepção de cuidado em saúde dos docentes das áreas de clínica médica e pediatria de um Hospital Escola e a aplicação de tal concepção na sua prática profissional cotidiana.

O cuidado em saúde tem sido subestimado frente ao desenvolvimento tecnológico da medicina, e o médico muitas vezes cuida sem saber que o faz. Entretanto o cuidado em saúde é a própria essência da medicina. Por isso, se faz necessário conhecer a visão dos médicos sobre o cuidar e teorizar sobre o tema.

Os procedimentos metodológicos para realização deste estudo de caso são de natureza qualitativa, utilizando entrevistas como técnica e instrumento de coleta de dados. O material coletado só será utilizado com seu consentimento. E o que for relatado será gravado em fita e após transcrição serão devolvidos para verificação e aprovação do entrevistado. Após isto será feita então a análise e categorização dos dados. Assegura-se que nenhuma etapa traz riscos nem desconfortos aos envolvidos (além do tempo despendido com a entrevista e validação).

Espera-se que a pesquisa possa trazer benefícios para o desenvolvimento de um cuidado médico mais aprimorado. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato, a qualquer momento, pelo telefone (48) 32400118 ; 91 11 12 13. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho uma vez que se garante o anonimato.

Ficha catalográfica elaborada por Silvana Beatriz Bueno CRB14/908.

610
S478m

Sens, Guilherme Ramos

O médico e o cuidar em saúde: um estudo de caso com clínicos e pediatras que exercem atividades docentes em um Hospital Universitário / Guilherme Ramos Sens - Florianópolis, 2006.

Orientador: Profa. Dra. Suely Grossemann

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Medicina. 2. Saúde. 3. Cuidado. 4. Clínicos. 5. Pediatras. I. Grossemann, Suely. II. Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Medicina. III. Título.

CDD – Dewey for Windows versão eletrônica 1.2/1999

CDD - 610

GUILHERME RAMOS SENS

O MÉDICO E O CUIDAR EM SAÚDE

Um estudo de caso com clínicos e pediatras que exercem
atividades docentes em um Hospital Universitário

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

GUILHERME RAMOS SENS

O MÉDICO E O CUIDAR EM SAÚDE

Um estudo de caso com clínicos e pediatras que exercem
atividades docentes em um Hospital Universitário

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Coordenador do Curso: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima
Professor Orientador: Profa. Dra. Suely Grossemann**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

Dedico este trabalho ao meu bom Senhor Jesus Cristo, que tanto
tem me ensinado e permitido aprender.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pelo Seu amor e cuidado para comigo e para com minha família.

Agradeço a minha amada esposa pelo constante apoio, horas ausentes, formatação e revisão de meu trabalho, mesmo com minha intransigência a algumas normas. Em especial por compreender minhas limitações e erros.

Grato estou a meus pais pelo companheirismo e amizade.

Agradeço a minha orientadora Suely que aceitou meus sonhos, dirigiu minhas prolixidades e aturou profissional e cuidadosamente meus atrasos e procrastinações.

Muito obrigado à professora Zuleica Maria Patrício pelo impulso inicial, pois mesmo sem me conhecer, aceitou conversar comigo fora de seu horário de trabalho.

Grato estou a tantos professores extraordinários, verdadeiros mestres, e especialmente ao professor Marco Aurélio Da Ros por mostrar-me que outra medicina é possível.

Ao movimento estudantil de medicina (DENEM, SUL-1 e Calimed) e seus heróicos batalhadores - sempre em defesa da vida - meu muito obrigado por partilhar sonhos, processos, sentimentos e valores.

E em especial agradeço aos médicos participantes deste trabalho que me acolheram e permitiram sua realização. Bem como a todos os pacientes, professores e supervisores, equipe de enfermagem do HU e do Centro de Saúde da Fazenda do Rio Tavares, técnicos e colegas que contribuíram de alguma forma para minha jornada até aqui.

Que Deus abençoe a cada um conforme Sua maravilhosa vontade.

RESUMO

Introdução: A crise da saúde é também crise do cuidado em saúde (CS).

Objetivos: Conhecer a concepção de clínicos e pediatras de um Hospital Universitário (HU) sobre o CS e sua aplicação na prática cotidiana. Identificar a concepção e a prática sobre CS de médicos clínicos e pediatras e compará-las.

Método: Um estudo de caso entrevistando médicos clínicos e pediatras com mais de 10 anos de formação, de ambos os sexos, que exercem atividades ligadas à docência em um HU. Utilizou-se entrevista semi-estruturada em profundidade, com análise qualitativa para categorização dos dados.

Resultados: Das entrevistas emergiram conceitos de saúde e cuidado. Além de fatores que estão relacionados e que os influenciam (destacando necessidade em saúde, concepção saúde-doença, espiritualidade e formação médica). Diferença entre cuidar e curar e a prática do cuidado em seus aspectos relacionais e procedimentais também foram destacados. Situações especiais como pacientes terminais e médicos cuidando de médicos, e percepções frente às diferenças do cuidado entre pediatras e clínicos foram falas encontradas.

Conclusão: Dos entrevistados percebeu-se que o médico cuida mesmo sem saber que o faz. O pediatra é um profissional cuidador. Contribuem para isso a empatia que tem pelas crianças e durante sua formação e prática exercer mais constante e conscientemente o CS. Faz-se necessário mais momentos de práxis do cuidado nos cursos de medicina, bem como planejar correções de trajetória, aproveitando a aprendizagem pelo chamado currículo oculto.

ABSTRACT

Introduction: The crisis of the health is also crisis of the care in health (CH).

Aims: To know the clinical's conception and pediatricians of an Academical Hospital (AH) about CH and his/her application in practice daily. To identify the conception and the practice on clinical doctor's CS and pediatricians and to compare them.

Method: A case study interviewing clinical doctors and pediatricians with more than 10 years of formation, of both sexes, that exercise linked activities to the teaching in a AH. It was used interviews semi-structured in depth, with qualitative analysis for categorization of the data.

Results: Of the interviews concepts of health and care emerged. Besides factors that are related and that influence them (detaching need in health, conception health-disease, spirituality and medical formation). The difference between to take care and to cure and the practice of the care in their aspects relates and procedimentais were also outstanding. special situations as patients terminals and doctors taking care from doctors, and perceptions front to the differences of the care between pediatricians and clinicals was found speeches.

Conclusion: Of the interviewees it was noticed that the doctor does take care without knowing that he makes it. The pediatrician is a professional caretaker. They contribute to that the empathy that has for the children and during their formation and practice to exercise more constant and consciously CH. It is done more necessary moments of práxis of the care in the medicine courses, as well as to plan path corrections, taking advantage of of the learning for the call occult curriculum.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Grupos de categorias.....	14
FIGURA 2	Saúde.....	14
FIGURA 3	Cuidado em saúde.....	15
FIGURA 4	Binômio cuidar/curar.....	16
FIGURA 5	Prática do cuidado em saúde.....	16
FIGURA 6	Atitudes frente às situações especiais.....	17
FIGURA 7	Percepções frente às diferentes áreas.....	17
FIGURA 8	Da necessidade ao cuidado	63

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
LISTA DE FIGURAS.....	vii
SUMÁRIO.....	viii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVOS.....	6
2.1 Objetivo Geral.....	6
2.2 Objetivos Específicos.....	6
3 JUSTIFICATIVA.....	7
4 METODOLOGIA.....	8
4.1 Caracterização da pesquisa.....	8
4.2 Procedimentos.....	9
4.3 Estudo piloto.....	9
4.4 Definição da população e amostra.....	10
4.5 Obtenção dos dados.....	11
4.6 Análise dos dados.....	12
5 RESULTADOS.....	13
5.1 Saúde.....	18
5.1.1 Conceitos.....	18
5.1.2 Fatores relacionados à saúde.....	19
5.1.3 Fatores que influenciam a saúde.....	19
5.2 Cuidado em saúde.....	20
5.2.1 Conceitos.....	20
5.2.2 Fatores relacionados ao cuidado.....	21
5.2.3 Fatores que influenciam o cuidado.....	22
5.2.3.1 Fatores ligados ao paciente.....	22
5.2.3.2 Fatores ligados ao médico.....	23
5.2.3.3 Fatores ligados a ambos.....	25
5.2.3.4 Fatores ligados à sociedade.....	26
5.2.4 Problemas e desafios.....	29
5.2.5 Expectativas.....	31
5.3 Diferença entre curar e cuidar.....	32
5.4 Práticas do cuidado em saúde.....	33
5.4.1 Relacional.....	33
5.4.2 Procedimentos.....	35
5.4.3 Consequências do cuidar.....	38
5.4.3.1 Vantagens.....	38

5.4.3.2	Desvantagens.....	39
5.5	Atitudes frente a situações especiais.....	39
5.6	Percepções frente as diferentes áreas.....	42
6	DISCUSSÃO.....	44
6.1	Saúde.....	44
6.1.1	Conceitos de Saúde.....	44
6.1.2	Fatores relacionados à saúde.....	47
6.1.3	Fatores que influenciam a saúde.....	53
6.2	Cuidado.....	55
6.2.1	Conceitos de cuidado em saúde.....	59
6.2.2	Fatores que influenciam o cuidado.....	62
6.2.3	Diferença entre cuidar e curar.....	70
6.2.4	Práticas do cuidado em saúde.....	70
6.3	Atitudes frente a situações especiais.....	72
6.3.1	Pacientes terminais.....	72
6.3.2	Médico cuidando de médicos.....	77
6.4	Percepção frente as diferentes áreas.....	80
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS.....	84
	NORMAS ADOTADAS.....	90
	ANEXOS.....	91

1 INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde é milenar. Sempre existiu, e foi desenvolvido inicialmente, pelas mulheres, na família, em casa, na educação dos filhos para a vida, no desenvolvimento de medidas de obstetrícia, de puericultura e de tratamento de doenças. (Patrício¹, citando Coliere).

É a "alma dos serviços de saúde" ², sua essência¹. "Faz parte do cotidiano de toda pessoa, continuamente, mesmo antes dela ter nascido, e hoje mais do que nunca, percebe-se que para haver saúde, qualidade de vida, é preciso cuidar constantemente da natureza".¹ E ainda acrescenta:

As pessoas se cuidam, os amigos cuidam, a família cuida de seus membros, mas há momentos no processo de viver que precisamos de cuidados de outras pessoas. E dentro de um processo trabalho, existem (adaptado) os profissionais do cuidado, da saúde. Espera-se que tenham condições de prestar um atendimento diferenciado, mais aperfeiçoado que aquele popular, onde científico e humanizado caminham juntos.¹

A despeito disto, Francisco Campos e colaboradores³ lembram que o conceito de cuidado na saúde ficou relegado a segundo plano, nos últimos anos, devido sobretudo ao fascínio do desenvolvimento tecnológico, tendo maior impacto o conceito de cura.

Documentos como os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde ⁴ e as cartas das Conferências Internacionais de Promoção de Saúde ⁵ mostram a importância que tem a saúde para cada um dos brasileiros. Junto com a situação sócio-econômica do Brasil leva a grande demanda aos prestadores de serviços na área da saúde. Aliada a muitos outros fatores (tais como escassez de recursos; má distribuição e gestão financeira; tensões interprofissionais; condições de trabalho e formação acadêmica inadequadas; incorporação de tecnologias dissociadas de sua capacidade e necessidade de aplicação; alta especificidade de profissionais e procedimentos descontextualizando indivíduos e grupos; mudança nas condições de vida da população; etc.) são tanto causa como consequência da crise da saúde em geral, e da medicina em particular.

Cada um destes fatores afeta a qualidade e a eficácia da ação do profissional de saúde para com o usuário de seus serviços, sendo comprometida também a essência do contato humano para promoção, recuperação ou manutenção da saúde que é o cuidado. Então, os fatores que causam crise da saúde, também causam crise do cuidado em saúde.

E como alerta Ferreira ⁶ em seu ensaio "A medicina atual – biológica e tecnológica" no qual tenta correlacionar tais fatores ao paradigma da medicina vigente: "Os processo sociais,

por serem tão complexos, se transformados em variáveis ou multivariáveis - e não como elementos de uma mesma realidade em relações dialéticas - oferecem risco de se permanecer apenas no conhecimento abstrato” (adaptado). Ou seja, dissociado da realidade.

Muitas têm sido as tentativas institucionais para resolver (ou amenizar) a crise da saúde. E muitos têm sido também os avanços, como o *Movimento Saúde Para Todos*; *Movimento de Reforma Sanitária*; *Projeto de Humanização dos Hospitais*; projetos de mudanças do modelo assistencial como o *Programa Saúde da Família*; *Conferências Internacionais de Educação Médica*; *Projeto Cinaem*; *Projetos Unilda*, entre outros. Mas, na paradoxal dinâmica social, avançam também as necessidades sociais em saúde, e por conseguinte, estas exigem que avancem os cuidados. Exemplificando, alguém faminto tendo necessidade de comida que recebe como cuidado: atenção, carinho e alimento. Depois de atendida a necessidade anterior, recebe como cuidado: amor, possibilidades de estabelecer relacionamento com outras pessoas, constituir família, e ter instrução para desenvolver uma ocupação profissional. Além da necessidade de requalificação profissional ele precisa manter o que já “ganhou” (conquistou) e se preparar para as possíveis dificuldades futuras. Tudo isso, acompanhado com toda a estrutura necessária para o desenvolvimento social de cada cidadão e de cada coletivo social. Assim, da desnutrição ele “avança” para parasitoses intestinais, destas para pneumonias e alergias, e destas para hipertensão arterial, aterosclerose, estresse e câncer. Indo de enfermidades típicas de países subdesenvolvidos, para as de países em desenvolvimento, até para países ditos atualmente desenvolvidos.

A velocidade das transformações relacionais e conceituais humanas são lentas, inclusive na medicina, conforme Da Ros⁷. Devido às dificuldades inerentes à formação (como conscientização da necessidade de mudança, implementação de processo efetivo de mudança, tempo para formação em si, custos, etc.), a “distância” entre a necessidade e o cuidado aumentam, e a crise se acentua. Quer se considere o “cuidado estrito” (ligado à tecnologia-leve) ou como sendo todo o processo/procedimento intervencional destinado a suprir uma necessidade em saúde.

Em seus textos Merhy⁸⁻⁹ salienta que é comum falar da crise no setor saúde, e vemos que em suas causas, inter-relações e mesmo supostas soluções, contudo, a discussão não é tão simples. Merhy⁸ comenta que “do ponto de vista do usuário do sistema de saúde, pode-se dizer que o conjunto dos serviços de saúde, públicos ou privados, com raras exceções, não são adequados para resolverem os seus problemas de saúde, tanto no plano individual, quanto no coletivo”.

O que situa a configuração de crise segundo o autor, é sem dúvida a sua grande experiência como sanitarista e as reportagens da grande imprensa, com as constantes realidades desagradáveis de como está a saúde no Brasil, “um dos mais fundamentais temas da vida dos brasileiros”.

O paradoxal desta história é que é notório o avanço científico e tecnológico tanto em termos de conhecimentos quanto de soluções – em torno dos problemas que afetam a saúde das pessoas e das comunidades. Além da existência de serviços altamente equipados para suas intervenções”. Ou seja tal crise “não encontra sua base de sustentação [ou de desestruturação] na falta de conhecimentos, tecnologias ou mesmo na possibilidade material de se atuar diante do problema apresentado.⁸

Ainda sobre a crise: ^{3,8,9}

ao ouvir-se as queixas do usuário percebe-se que o ponto de vista deles não é necessariamente coincidente com a da maioria dos governantes ou dos dirigentes do serviço, tanto dos públicos como dos privados, que como regra geral falam da crise do setor, privilegiadamente do ângulo financeiro, tentando mostrar que não é possível se oferecer boa assistência com o que se tem de recursos – aliás, argumento mundialmente usado no setor, tanto em países como os Estados Unidos da América que gasta 1 trilhão de dólares, quanto no Brasil que deve gastar (em 1999) em torno de 35 bilhões, no total.⁸

Em dados mais recentes têm-se os Estados Unidos da América com uma população de 298.238.935 habitantes⁷⁸, teve com orçamento federal da saúde no ano de 2005 US\$ 556 bilhões⁷⁹ frente aos R\$ 33 bilhões do orçamento da União com saúde no mesmo ano⁸⁰ no Brasil, com uma população estimada em 184.184.264 habitantes em 1º de julho de 2004⁸¹ mesmo sendo os primeiros o único país dos ditos industrializados a não ter até hoje organizado seu sistema nacional de saúde²⁰ e ter visto fracassar até aqui suas tentativas de reforma no campo da seguridade social⁷⁹.

O que o usuário reclama não é da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados, descuidados.

Guerreiro e colaboradores ⁹ refletem:

talvez o início desta deficiência assistencial esteja na divergência entre os objetivos de quem trata e de quem é tratado. Ao procurar o serviço de saúde o usuário deve apresentar alguma patologia ou queixa e o prestador de cuidado, por sua vez, deve ocupar-se de solucioná-lo. Mas, principalmente nas unidades básicas de saúde é bastante comum que um paciente procure o

serviço apenas para ter com quem conversar ou alguém que possa oferecer um mínimo de atenção a ele. Para esse caso o cuidador deverá buscar o reconhecimento da situação global na qual se encontra o paciente e o que realmente o está levando a buscar o serviço. Podemos dizer que o objetivo da equipe de saúde é o tratamento de uma doença e o do usuário é o tratamento de uma pessoa, ele próprio.

Segundo Laplantine¹⁰ pode existir uma diferença na significação da doença pela pessoa doente e o profissional de saúde. Sendo que este último fundamenta sua prática na recusa da experiência do doente, em benefício do conhecimento objetivo como sendo a única verdade autêntica.

Merhy¹¹ indica como fatores que contribuíram para tal situação a centralização do modelo assistencial no médico e o distanciamento deste do cuidado, da real necessidade de saúde dos pacientes. Ele coloca como causadores desta centralização:

[...] o distanciamento que ele [o médico] teve dos interesses do usuário; o isolamento que produziu nas suas relações com os outros trabalhadores da saúde; o desconhecimento da importância das práticas de saúde dos outros profissionais; e o predomínio das modalidades centradas na tecnologia, [...] a partir de um saber estruturado reduzido à produção dos procedimentos.

São observações como esta que levam a pensar que ao menos em parte, a dita crise no setor saúde se deve a uma crise na forma como o cuidado é praticado. Uma crise do cuidado. Até porque em um modelo de saúde médico hegemônico² onde o cuidado, mesmo praticado, foi negligenciado pela categoria médica e teorizado predominantemente pela enfermagem.

Para uma melhor práxis médica (entendendo como práxis, e reflexão teórica sobre a prática, que torna a embasar prática subsequente) talvez seja necessário se resgatar a teorização do cuidado pela categoria.¹² Isto acarretando uma melhor integração dos profissionais e do cuidado em saúde.

Por estar vivendo um processo de transição na formação médica, o curso de medicina da UFSC passa por um momento privilegiado no qual os valores, conceitos e práticas sobre a medicina em geral, e o cuidado em particular, são reflexões presentes no corpo clínico do grande espaço de interação médico-acadêmico-paciente que é o Hospital Universitário. Por ser um curso de influência em todo estado de Santa Catarina, conceituado e influente nacionalmente (protagonista do movimento nacional tentativa de Transformação da Educação Médica) é importante se pesquisar a visão dos profissionais médicos sobre o cuidado em saúde.

Considerando:

- a) A importância do tema e da medicina para a saúde individual e coletiva;
- b) O pressuposto de que os médicos de modo geral se afastaram do ideal de profissionais cuidadores, e os que cuidam muitas vezes não sabem que o fazem;
- c) Uma das principais estratégias apontadas pela literatura pesquisada é uma ação consciente para que o cuidado do médico seja melhorado e;
- d) O desconhecimento e a pouca participação no debate teórico e prático do cuidado na categoria médica.

Julga-se de extrema importância conhecer a concepção dos médicos e suas práticas a respeito do cuidado em saúde para a melhoria da atenção em saúde, e por sua vez para a medicina e a população.

2 OBJETIVOS

A seguir serão apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa. O *Objetivo Geral* apresenta a intenção principal da investigação e os *Objetivos Específicos* caracterizam a operacionalidade para que o objetivo geral seja alcançado.

2.1 Objetivo Geral

Conhecer a concepção de médicos clínicos e pediatras que exerçam atividades ligadas à docência em um hospital escola sobre o cuidado em saúde e a aplicação na sua prática profissional cotidiana.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar a concepção de médicos clínicos e pediatras sobre cuidado em saúde;
- b) Identificar a aplicação deste cuidado em saúde na prática médica destes profissionais;
- c) Comparar a concepção e prática do cuidado em saúde de clínicos e pediatras.

3 JUSTIFICATIVA

O meu interesse pela medicina foi provocado pela possibilidade de saber como ajudar as pessoas. No entanto, desde o primeiro semestre do curso de medicina, ensinava-se muito sobre muita coisa e pouco era aprendido. Mesmo sem a prática médica percebia-se que havia algo de errado com o ensino médico. A minha situação não era um caso isolado em relação à de outros colegas.

Através do movimento estudantil descobri que o curso de medicina da UFSC também não era o único com esse problema. Senti compaixão do custo social do povo brasileiro devido uma formação médica tão extensa e cara, tão especializada e fragmentada, baseada predominantemente em procedimentos. Participei de modo ativo, localmente, do atual processo de reforma curricular, e nacionalmente como representante da Direção Executiva Nacional dos Estudantes e Medicina/DENEM, nas III e IV fases do Projeto CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico), bem como nos eventos que culminaram com a formulação das atuais Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina em 2001.

Sempre fui militante ativo do movimento de transformação da educação médica. Porém, tanto a agenda do movimento como as demandas de minha formação acadêmica, limitaram minha dedicação na produção de conhecimento sobre educação médica de modo mais efetivo. Sendo assim, agora que estou afastado do movimento por razões acadêmicas e pessoais, resolvo debruçar-me sobre a temática do cuidado. Questão vital na prática clínica. Iniciando assim a teorizar um assunto que por muito (através da concordância com outros autores) tenho defendido.

Além de ser uma necessidade particular, também existe uma necessidade social e científica de se construir conhecimento sobre o cuidado em saúde do médico.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para realização da pesquisa será composta por um conjunto de etapas e procedimentos envolvendo a caracterização da pesquisa, o estudo piloto, a definição da população e amostra, a obtenção dos dados, o processamento dos dados e a análise exploratória dos dados.

4.1 Caracterização da pesquisa

Considerando que as Ciências Sociais lidam com seres humanos, grupos e sociedades, a pesquisa deste trabalho utilizou o método qualitativo, do tipo *Estudo de Caso* com médicos, clínicos e pediatras, que trabalham no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de Santiago-HU/UFSC e exercem atividades ligadas à docência.

Conforme Becker¹³ o termo “estudo de caso” se originou da análise e exploração de um caso individual em pesquisas na área da saúde. Segundo Gil¹⁴, para o estudo de caso é necessário delimitar a unidade que constitui o estudo, podendo ser ela uma pessoa, uma família, uma comunidade, um conjunto de relações ou processos ou até uma cultura. Destaca Gil¹⁴ que o estudo de caso tem a característica de se aprofundar a ponto de permitir o amplo e detalhado conhecimento, principalmente em pesquisas exploratórias. As vantagens do estudo de caso compreendem: a flexibilidade do estudo ao longo da pesquisa, proporcionando ao pesquisador novas descobertas que poderão ajudá-lo na solução do problema; a visão total do problema e a simplificação dos procedimentos de coleta e análise dos dados.

Para Yin¹⁵ o estudo de caso contribui para a compreensão dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos. Define o estudo de caso como sendo “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.¹⁵

A grande variedade de problemas teóricos e descritivos que o estudo de caso abrange justifica o uso deste método, pois nos propomos a não só compreender um fenômeno, mas um conjunto de fenômenos interligados.

4.2 Procedimentos

A fase exploratória deste estudo iniciou pela escolha do tema e elaboração do projeto. Prosseguiu-se com o levantamento bibliográfico e fundamentação teórica do pesquisador sobre o tema. O projeto foi submetido para apreciação e avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos/CESPH da Universidade Federal de Santa Catarina em reunião no dia 29 de agosto de 2005, tendo sido aprovado pelo Parecer Consubstanciado nº 279/05, assinado pela Coordenadora do CESPH, Profa. Vera Lúcia Basco.

Tendo sido o projeto aprovado, partiu-se para a execução da pesquisa. Primeiramente, foi realizado o sorteio dos entrevistados cujos critérios serão descritos no item 4.4 - *Definição da população e amostra*. Em seguida, foram definidos os procedimentos para o estudo piloto. Com base no estudo piloto verificou-se a necessidade de adicionar mais uma pergunta que delimitasse um pouco mais o objeto de pesquisa. Com base nisto, foram feitas as devidas alterações no roteiro de entrevista.

Os entrevistados foram contatados pessoalmente ou por telefone, sendo feita uma breve explicação da pesquisa. Com a aceitação do entrevistado foram acordadas a data e local da entrevista. No dia da entrevista foram feitos novos esclarecimentos, obtida a concordância com o termo de livre consentimento declarado (ANEXO 1) e garantia de anonimato (pela identificação numérica de cada entrevistado) partindo para a coleta de dados, inicialmente no projeto-piloto, e posteriormente na pesquisa definitiva.

Após a realização das entrevistas prosseguiu-se com a transcrição das mesmas para posterior análise e validação das informações. Por e-mail e cópia impressa foram devolvidas aos entrevistados para as eventuais correções.

Enquanto foi realizada esta etapa prosseguia-se com a análise, reflexão e síntese dos dados obtidos conforme descrito no item 4.6 - *Análise dos dados*.

Todo trabalho teve suas despesas custeadas pelo autor.

4.3 Estudo piloto

O projeto piloto foi feito com um médico não docente do HU, escolhido intencionalmente. Através de contato pessoal ele optou por realizar a entrevista na Divisão de Pediatria daquele hospital.

A entrevista transcorreu naturalmente e no final dela perguntou-se a avaliação do entrevistado sobre a mesma e se tinha algo a acrescentar.

Durante a realização do estudo piloto constatei que a forma de questionamento da terceira pergunta não permitia uma delimitação mais precisa sobre a relação cuidado e cura e no próprio processo de entrevista reformulei-a. A mudança foi suscitada pela necessidade de se aprofundar a questão, surgindo duas outras perguntas dela, descritas sob os números 3 e 4 do novo roteiro.

Esta entrevista foi incluída entre as que fizeram parte deste trabalho. Sendo este identificado por P1.

4.4 Definição da população e amostra

Os sujeitos de pesquisa são médicos clínicos e pediatras que exercem atividades ligadas a docência no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC. Todos eles possuem mais de 10 anos de formação, de ambos os sexos. Da listagem destes profissionais junto aos departamentos de suas áreas foram selecionados aleatoriamente, por sorteio, distribuídos proporcionalmente de acordo com sua distribuição real nos respectivos departamentos.

Para delimitar a amostra de entrevistados foi preciso estabelecer a proporção mínima de homens e mulheres com mais de 10 anos de formação em ambos os departamentos. Pelo fato do departamento de Clínica Médica possuir pouco mais do que o dobro de médicos do que o de Pediatria, optou-se por duplicar a proporção mínima encontrada neste departamento. Foram selecionados 3 pediatras (2 mulheres e 1 homem, de um total de 11 mulheres e 8 homens do departamento de pediatria) e 8 clínicos (6 homens e 2 mulheres, de um total de 37 homens e 13 mulheres do departamento de clínica médica), 12 médicos selecionados no total, considerando P1.

Não tendo sido possível realizar a entrevista com um dos médicos escolhidos, efetuou-se novo sorteio e selecionou-se novo entrevistado.

A escolha dos profissionais clínicos e pediatras, docentes, que atendem no HU/UFSC foi feita:

- a) Pela abrangência da área clínica e da pediatria dentro da medicina;
- b) Pelo fato de tentar integrar a atenção em todas as faixas etárias;
- c) Para poder comparar a concepção e prática do cuidado entre clínicos e pediatras;
- d) Por estes profissionais estarem em contato com a formação médica, terem grande influência entre os acadêmicos de medicina, serem protagonistas do processo de reforma curricular.

4.5 Obtenção dos dados

A coleta dos dados foi feita por meio de entrevistas semi-estruturadas em profundidade. A entrevista semi-estruturada tem o propósito de adquirir um conhecimento mais aprofundado e detalhado do tema. Como procedimento, conta com um guia de entrevista com as perguntas a serem feitas aos entrevistados. Este instrumento, ao mesmo tempo em que focaliza as questões relevantes também é flexível, permitindo que novas perguntas sejam acrescentadas conforme a necessidade do pesquisador.¹⁶

O mesmo autor esclarece:

As entrevistas em profundidade ou focalizadas, diferentemente das mais exploratórias, pesquisam intensamente um tema em particular. O propósito de uma entrevista focalizada ou em profundidade é adquirir um entendimento o mais completo e detalhado possível do tema abordado. Envolve guias de entrevistas semi-estruturadas e supõe suficiente exploração anterior sobre o tópico, para conhecer quais são os problemas relevantes a serem pesquisados.¹⁶

As perguntas realizadas foram feitas por meio de um questionário semi-estruturado com entrevista em profundidade, tendo como roteiro inicial de perguntas:

- 1) O que o (a) senhor (a) entende por **Cuidado em Saúde**?
- 2) Como em sua prática médica o (a) senhor (a) exerce o **Cuidado**?
- 3) O que o (a) senhor (a) entende por **Curar**? Existe alguma diferença conceitual com **Cuidar**? Caso afirmativo, qual seria?
- 4) Existe situação em que o (a) senhor (a) identifique que se **Cuide** mais do que **Cure**? Caso afirmativo, qual seria?
- 5) O que o (a) senhor (a) entende por **Saúde**?

Os dados foram gravados com gravador digital, mediante autorização e posteriormente transcritos, sendo após esta etapa feita à validação dos mesmos com os entrevistados com o objetivo de maior fidelidade aos pensamentos e posicionamentos.

Após este momento os dados foram classificados de acordo com a concepção emergida das entrevistas sobre o cuidado médico em saúde que será descrita no próximo ítem. Em seguida, foi feita a discussão dos mesmos junto à comparação com a literatura específica, explicitado no capítulo 6 – *Discussão*.

4.6 Análise dos dados

Segundo a literatura, as pesquisas têm sido caracterizadas pelo tipo de análise que se fará destes dados, podendo abranger uma abordagem qualitativa ou quantitativa.^{16,17} Para o desenvolvimento desta pesquisa será utilizada a abordagem qualitativa, descrita assim por Minayo¹⁷:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis.¹⁷

Gil¹⁸, ao discorrer sobre a análise e interpretação dos dados comenta a grande variedade de respostas dadas pelos sujeitos de pesquisa ao falar da temática pesquisada. Enfatiza a necessidade de organizar as idéias que constam nas respostas mediante o seu agrupamento em certo número de categorias.

Para Minayo¹⁷,

a palavra categoria, em geral, se refere a conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si [...]. As categorias são empregadas para estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso.¹⁷

As categorias foram organizadas das falas dos entrevistados seguindo ordem de conceito e prática. Utilizando o processo de "análise-reflexão-síntese" descrita por Patrício⁵¹ e estão descritas no Capítulo 5- *Resultados*.

5 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os indivíduos que fizeram parte deste estudo, bem como os dados obtidos em suas entrevistas. Para a melhor compreensão dos dados as informações foram agrupadas em categorias que serão descritas a seguir.

Quanto ao perfil dos entrevistados, todos são médicos, com mais de 10 anos de formação e desenvolvem atividades docentes ou de orientação a estudantes de medicina, no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Foram assim identificados:

- a) P1, P2, P3 e P4 são pediatras, sendo P1 e P2 do sexo masculino e P3 e P4 do sexo feminino;
- b) C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7 e C8 são clínicos, sendo C1 a C6 do sexo masculino e C7 e C8 do sexo feminino.

Os dados obtidos foram divididos em seis grandes grupos de categorias (**Figura 1**). Sendo o primeiro mais ligado à parte conceitual de *Saúde* e fatores correlacionados a ele (**Figura 2**). A parte seguinte refere-se ao conceito de *Cuidado em Saúde*, seus fatores relacionados e que a ele influenciam, bem como problemas e desafios ao cuidado e as expectativas frente a ele. (**Figura 3**). O terceiro grupo categoriza as falas dos entrevistados sobre o binômio *Cuidar/Curar* (**Figura 4**). A *Prática do Cuidado* é o tema do quarto grupo, estando subdividida em: *Relacional, Procedimentos e Conseqüências do Cuidar*. (**Figura 5**). Os dois grupos restantes complementam o consolidado que emergiu das entrevistas, sendo categorizados como *Atitudes Frente a Situações Especiais* (**Figura 6**) e *Percepção Frente às Diferentes Áreas* (**Figura 7**). Tais grupos de categorias foram esquematizados conforme as figuras abaixo:

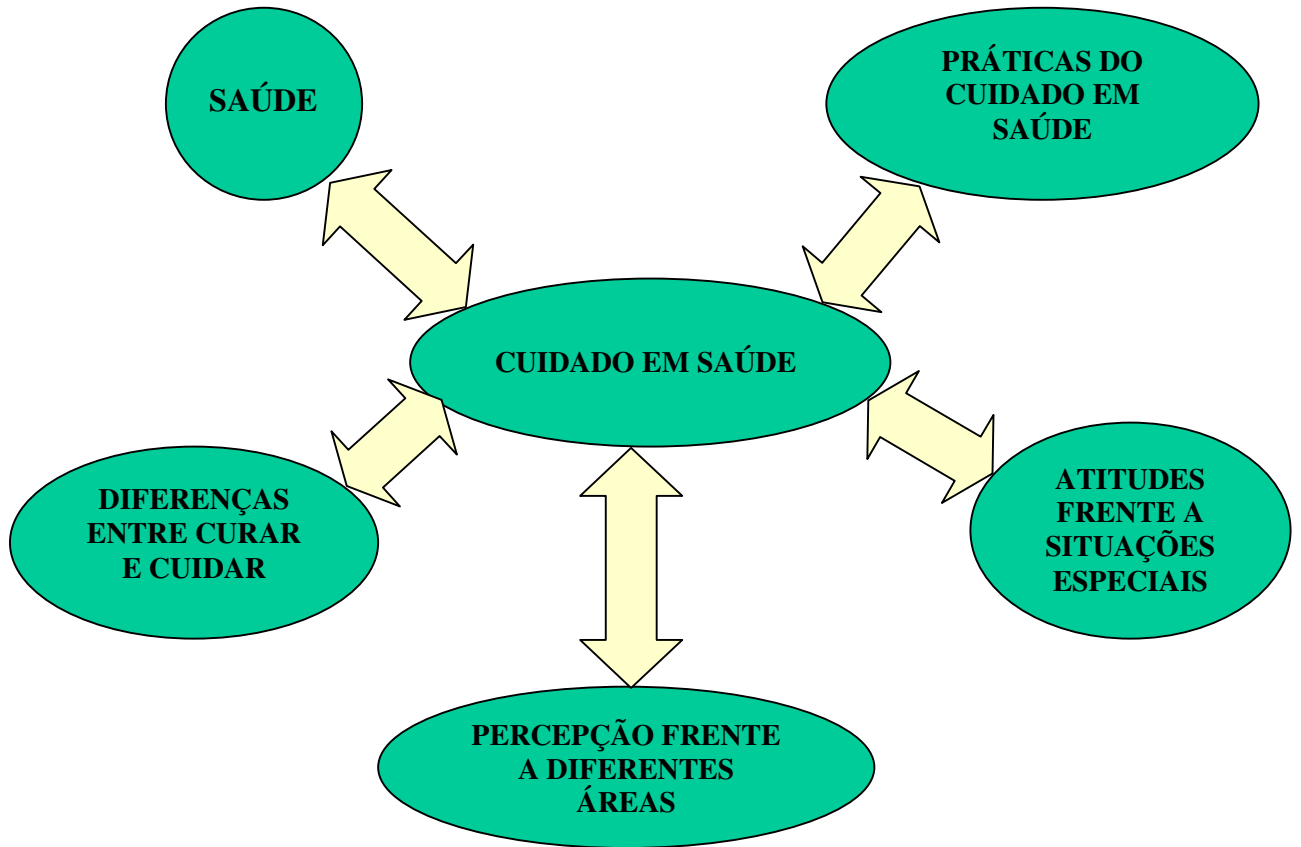


Figura 1 – Grupos de categorias

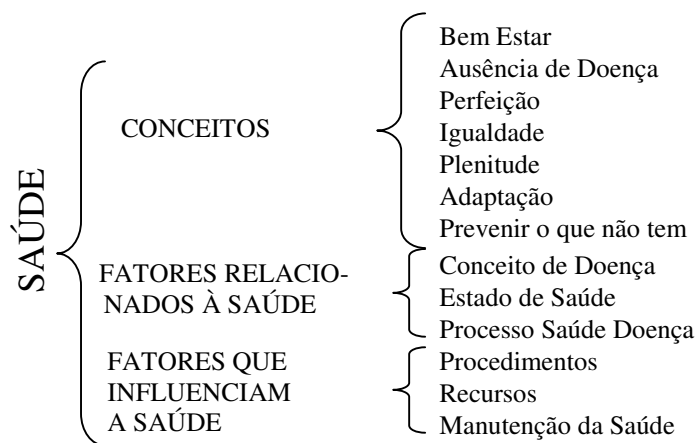
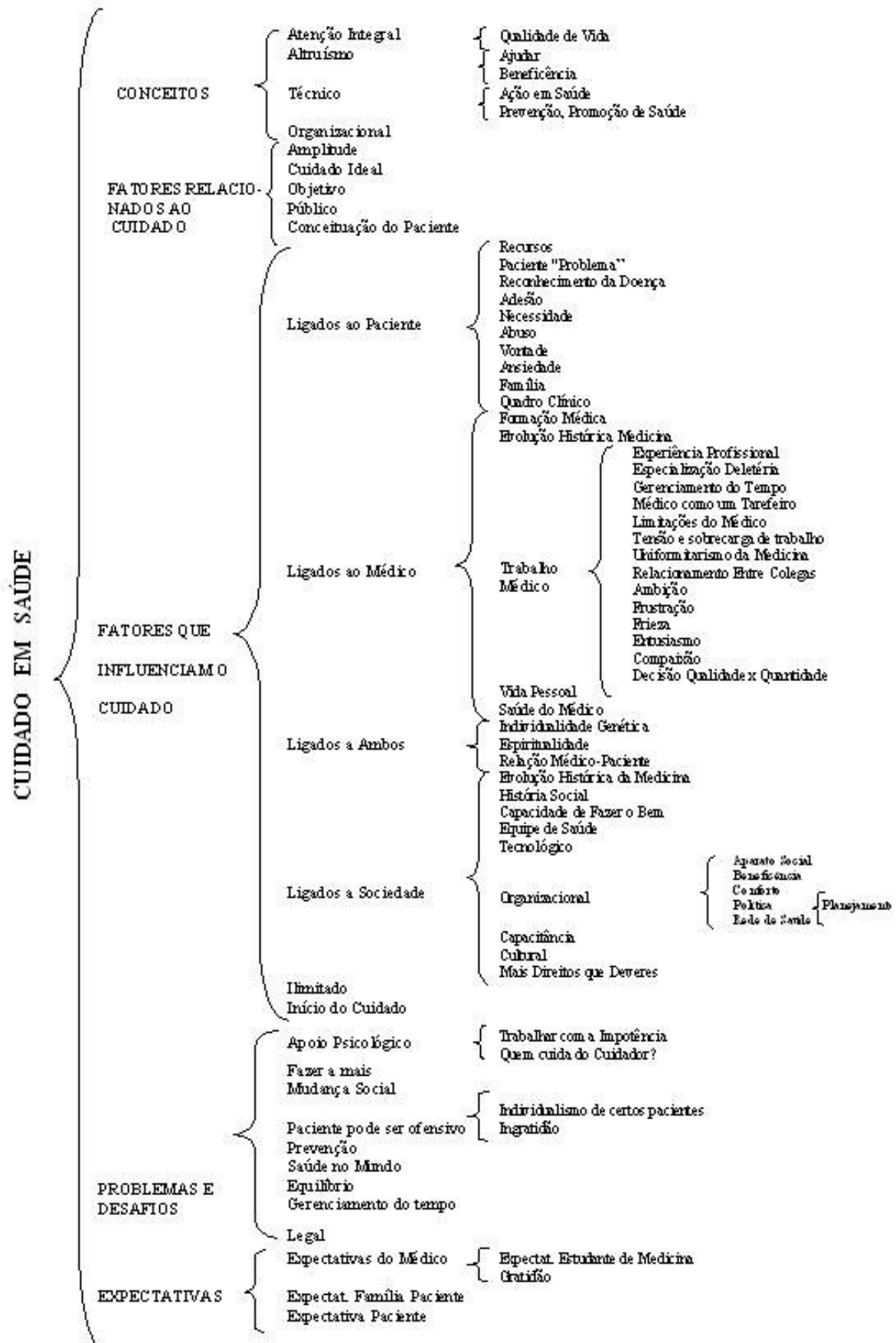


Figura 2 – Saúde



DIFERENÇA
ENTRE CUIDAR E
CURAR

Relação Cuidado / Cura
Médico como agente de cura
Medicina Alternativa

Figura 4 – Binômio Cuidar/Curar

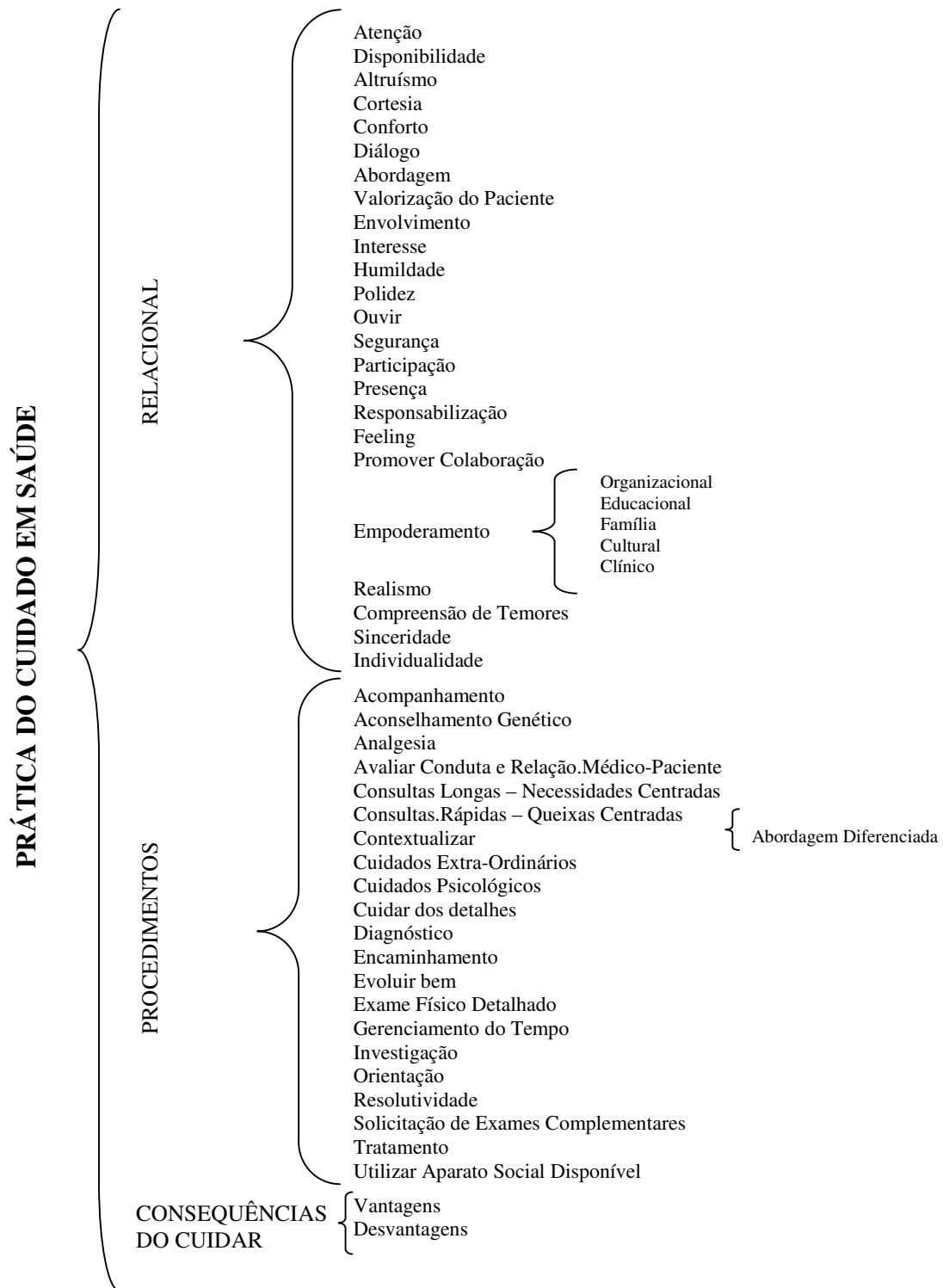


Figura 5 – Prática do Cuidado em Saúde

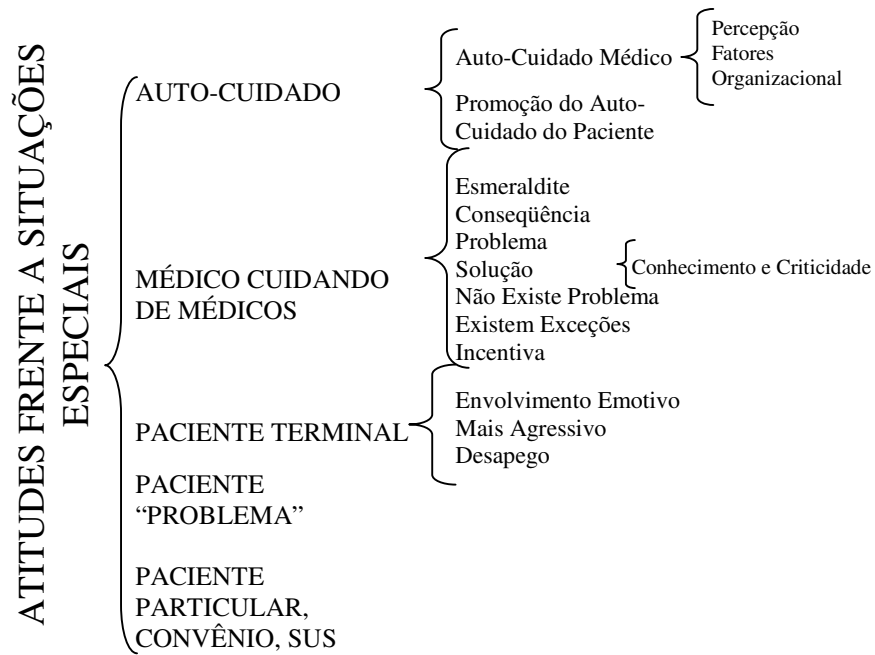


Figura 6 – Atitudes frente às situações especiais

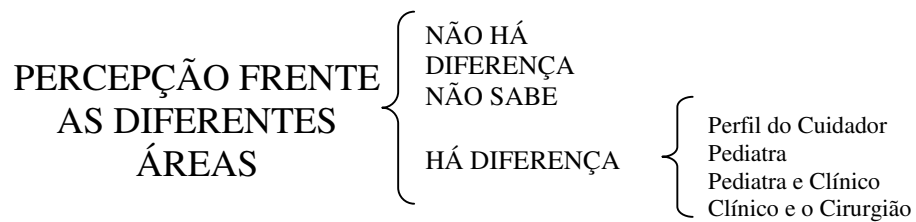


Figura 7 – Percepções frente às diferentes áreas

5.1 Saúde

Para dar início a apresentação pela conceituação de saúde por perceber que ela influencia profundamente a concepção dos entrevistados sobre o cuidado e sua prática.

5.1.1 Conceitos

Dentre os Conceitos de Saúde correspondem à categoria "Adaptação" apenas C8.

Concordam com o conceito de "Ausência de Doenças" C3, C4 e P2.

Da categoria "Bem Estar" referiram-se P1, P2, P4, C3, C4, C6 e C7. É um conceito que a maioria dos entrevistados possuem, embora 7 (de um total de 12) utilizem ou o próprio ou adaptações do conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS). Apenas P2, referiu ter dificuldades para conceituar saúde. Comentam este conceito, alegando ser inatingível P2 e C7. Complementam-no: P4, C3 e C6.

"... saúde é bem estar, bem estar para viver toda a maravilha da vida, bem estar para sentir todo o momento presente [...] escutar um som, é saúde, conseguir ler um livro e admirar um livro é saúde [...] quantidade não é saúde, qualidade é saúde..." (P4)

"... saúde é portanto, um estado de bem estar, do estar em harmonia, do estar normal que inclui o físico, o mental e o social". (C3)

"... a pessoa tem que se sentir bem [...] psicologicamente, [...] emocionalmente, [...] na sua atividade, [...] gostar do que está fazendo [...] vivendo bem, se relacionando bem, vive alegre, [...] viver bem [...] viver bem não quer dizer que tem que ter dinheiro, vive bem porque vai para o futebol, se diverte, [...] ele se sente bem, ele está com saúde." (C6)

"Perfeição e Plenitude" é a categoria concordante entre C4, C7 e C8. Embora todos argumentem que é impossível alcançá-lo 100% do tempo. C4 complementa, dizendo que a humanidade não é totalmente doente, mas está sempre em busca da saúde.

"Igualdade" é apresentado por C2 assim:

"Normalidade em saúde... a pessoa na sua posição de igualdade biológica e psico-social ou frente às pessoas que o cercam."

Já a categoria "Prevenir o que não tem" (termo utilizado por C8) colocada por C8, enfoca a influência das práticas gerais de saúde (como alimentação, sono e atividade física por exemplo) para prevenir a manifestação da tendência genética antes do aparecimento de doenças.

5.1.2 Fatores relacionados à saúde

Acrescenta-se a essa parte conceitual, categorias que lapidam o entendimento teórico dos entrevistados sobre "Saúde".

P4 e C2 inovam no "conceito de doença" :

P4 coloca que *"doente é quem vive preso a um mundo que não existe, este é doente, é aquele que vive preso, principalmente ao futuro"* e C2 antagoniza seu conceito de saúde, tornando doença à condição de *"desigualdade biológica e/ou psico-social do indivíduo"* frente ao seu meio peculiar.

Através dos depoimentos de C6 *"viver bem...falar é fácil, tem pessoas que tem dificuldade..."* e P4 enquanto analisava sua saúde naquele instante, trago a categoria de "Estado de Saúde", na qual percebe-se um momento estático como uma fotografia.

A interface entre o ser saudável e o estar doente, é colocada pela categoria "Processo Saúde-Doença" emergente das entrevistas de P3, C3, C4, C6 e C8. Com P3 verifica-se que a pessoa triste, sofreda fica mais doente física, mental e socialmente. O doente está fragilizado e pede mais atenção é constatado por C4. A enfermidade retira o bem estar, e se faz necessário buscar esta perda é salientado por C3. Adoecer e morrer são comuns e fazem parte da vida são colocações de C8. Já C6 diz que a pessoa emocionalmente abalada pode estar doente, mesmo sem doença. Enfrenta-se a doença pode ter saúde mesmo doente.

5.1.3 Fatores que influenciam a saúde

P1, P4 e C4 trazem a tona alguns recursos necessários para se ter saúde. Destacando-se boa alimentação, descanso adequado, atividade física regular (C4), viver bem, admirar as coisas, saborear, olhar, ouvir, curtir o que se tem, em qualidade e não em quantidade (P4); bem como desfrutar de paz e felicidade (P1). Sendo ainda estratégias de P4:

"saúde é viver intensamente o presente, despreocupado com passado e com um provável bom futuro" e "evitar energias negativas".

Durante suas entrevistas P2 e C8 salientaram que uma vez saudável o indivíduo deve manter sua saúde, isto caracterizou mais uma categoria, a "Manutenção da Saúde".

C8 também destacou a recuperação da saúde e junto com P4, enfatizou "Procedimentos" que podem ser utilizados para fazê-la.

5.2 Cuidado em saúde

Após relatar a parte conceitual de saúde, introduzo os resultados sobre conceituação do cuidado em saúde, e itens relacionados a ela.

5.2.1 Conceitos

Iniciando a conceituação sobre o cuidado, C2 argumenta que o **"cuidado é inerente a todo ser humano"** e P3 concorda com ele.

Diz ainda C2 que para teorizar sobre cuidado não é necessário ser profissional da área da saúde. C6 concorda,

Introduzindo a categoria "Atenção Integral", oriunda dos depoimentos de P1, P2 e C6, concordantes quanto à terminologia. Sendo complementada ainda por outro argumento de P1, podendo ser uma atenção tanto coletiva quanto individual, e por P3 quando destaca:

"...cuidar é mais do que atender um paciente ou de fazer uma consulta, é fazer isso com carinho..."

Um conceito mais ligado a "Qualidade de Vida" foi oferecido por P4 quando destaca que cuidado é :

"Cuidado em saúde pra mim significa você morar num lugar adequado, uma boa parte de... solar né, com menos possível de ácaros, quer dizer um lugar limpo, [...] que você possa ter contato com arte, que você frequente coisas de arte, que você conviva com a família, que você tenha amigos, que você tenha final de semana, que você se divirta com os amigos [...] você ter qualidade de vida."

"Ajudar" surgiu como conceito de cuidado para P2.

C5 destaca que **"tudo o que vier em benefício do paciente pode ser chamado cuidado"**.

Já P1, P2, P4, C2, C4, C5, C6 e C8 também associam o cuidado em saúde com a técnica realizada pelo médico. Indo desde anamnese, exame físico, solicitação de exames complementares, execução do diagnóstico e prescrição. Complementam para "Ações em Saúde" P2, C2 e C4. Ampliam como "Prevenção e Promoção de Saúde" C6 e P4.

5.2.2 Fatores relacionados ao cuidado

A amplitude do cuidado foi tema de falas de P1, P3, C2, C5, C6, C7 e C8. São claramente favoráveis a um conceito amplo do cuidado C2, C5 e C7:

"... o cuidar sempre vai além da doença (...) Porque passada a doença, este paciente, esta pessoa vai ter que continuar sua vida, (...)a doença acabou mas ela vai ter que continuar sendo cuidada." - refere C7.

Os demais são também favoráveis, dimensionando tal amplitude no contexto do paciente e seu meio.

P1 salienta o problema do cuidado centrado apenas no biológico e propõe que o cuidado extrapole esta dimensão apenas biológica, para ver o indivíduo, sua família e seu contexto com um todo,

Para C8 o cuidado é delimitado assim:

"...a primeira percepção de quando tu fala em cuidado em saúde, primeiro você tem que ter competência pra saber o que você ta fazendo, segundo você tem que respeitar a personalidade do indivíduo..."

Já P3 e C7 seguem falando que **"cuidar é tudo"**. Para C5 o surgimento de algumas doenças ampliou a visão do médico sobre o cuidado com o paciente, tornando-a mais holística. Cuidar engloba trabalhar com conceitos como a morte, a inserção do indivíduo na família, na comunidade em que vive, tratar do preconceito, da discriminação.

Foi relatado por P2, que poucos médicos praticam o cuidado ideal, a maioria se limita a aplicar procedimentos.

O objetivo do cuidado é trazer a saúde novamente ao paciente é destacado por C3 e C4, fazer o paciente se sentir cuidado é salientado por C6, e *"ensinar o indivíduo a cuidar de si mesmo"* é enfatizado por C8 como sendo objetivo do cuidado do médico.

Existem cuidados destinados a indivíduos e coletivos, tendo objetivos específicos para cada um é o que comenta C4 como sendo o público do cuidado do médico.

Para C2, o conceito de paciente é sinônimo de cliente, indivíduo ou cidadão doente.

5.2.3 Fatores que influenciam o cuidado

Relaciona os fatores que influenciam, estimulam ou limitam o cuidado na medicina, na opinião dos entrevistados.

5.2.3.1 Fatores ligados ao paciente

Um bom sistema de saúde, equilíbrio na vida emocional do paciente são recursos destacados por P4 e C5 para se praticar o cuidado. Para C5 ter um *"bom trabalho, praticar boa atividade de lazer, prática regular de educação física, uma boa dieta, complementação vacinal e consultas médicas regulares"* são exemplos de tais recursos.

O profissional C5 acredita que o médico tem um dom para perceber como se relacionar com os pacientes, principalmente os que são mais difíceis de cuidar (paciente problema).

Já o C2 relata que o paciente (doente) reconhece que está em situação de desigualdade perante o médico. Diz ainda, que o profissional médico deve procurar restabelecer esta relação de igualdade durante a consulta, fazendo isso se houver concordância do paciente e do médico quanto à forma deste restabelecimento.

Apesar disto, P3 lembra que existe um limite de até onde o médico pode chegar, que é à *"vontade do paciente, até onde ele permitir"*. Outro fator limitante relatado por P3 é o fato do paciente não mais procurar o médico. Argumenta também que o tratamento inicia com a consulta e vai até quando o paciente ou família assim o desejar. Quando o paciente é portador de doença crônica ele procura muito mais o profissional.

P2 acrescenta que a "*...idade e o desenvolvimento neuro-psico-motor*" do paciente influenciam no tratamento e no cuidado.

A dependência da família do paciente para com o médico, é salientada por P1 como um problema em potencial para o cuidado. E nesta categoria, P4 acrescenta que ao cuidar de pacientes graves algumas vezes pode se esquecer de cuidar também da família.

"...eu estava atendendo uma criança e ela estava muito ruim [...] e foi melhorando, melhorando e esta criança finalmente se recuperou [...] e eu disse: [...] vai ter alta, e a mãe da me abraçou, botou a cabeça no meu ombro e disse assim: Há, então agora a senhora vai poder olhar para mim, cuidar de mim! eu levei um susto, ela me abraçou [...] Mas como a criança era tão mais grave que a minha atenção era com a criança e eu não estava percebendo que a mãe estava querendo que eu também olhasse para ela..."

5.2.3.2 Fatores ligados ao médico

A Formação do Médico atualmente aparece como mais um entrave ao cuidado em saúde, é destacada por P1 e P4 como sendo inadequada. P1 diz que a residência médica não prepara o médico para cuidar adequadamente, extrapolando o cuidado para além de sua "dimensão biológica". Concordando com esse pensamento P4 refere que "*médico é treinado para resolver problema*" e muitas vezes resolve um problema em uma abrangência, e dando-se por satisfeito esquece de averiguar em "*abrangências superiores*".

P3 sintetiza esta temática numa frase: "*O professor deve pensar que cada um de seus alunos pode ser seu médico no futuro*". O próprio P3, P4 e mais C7 preocupam-se com a formação médica para o cuidado, a futura geração de médicos cuidadores. A formação médica mudou ao longo dos anos, "*hoje já não se ensina a trocar roupas de cama ou fazer curativos*", como exemplificado por C5. Mas ela é um fator limitante, diz P3, porque o médico muitas vezes oferece mais o que lhe é demandado.

P1 ressalta que o médico atual é um prestador de serviço, que trata o paciente como cliente e não como alguém por quem é responsável. P1 e C5 concordam em que historicamente o médico era mais cuidador e a medicina era menos complexa no passado.

P1 e P4 concordam que é importante a experiência profissional, porque acrescenta maturidade ao relacionamento médico-paciente, especialmente para situações contraditórias entre opiniões do médico e do paciente ou familiar.

C8 acredita que o médico desenvolve, com a experiência profissional, a sensibilidade para saber como cuidar diferentemente de cada paciente.

P1, C5 e C8 concordam com o pressuposto de que quanto mais especializado um profissional for, menor cuidado ele exercerá, pois reduz o paciente à parte do corpo, dificultando a visão do todo. C8 coloca ainda, que certas especialidades investigam mais o passado clínico do paciente do que outras. C7 acrescenta que a confiança do paciente e familiares na medicina caem, quando o paciente é atendido por muitos especialistas.

P4 enfatiza que o médico tem suas limitações, como qualquer ser humano e isso limita seu cuidado. Destaca ela ainda que a sobrecarga de trabalho que tem o médico pode afetar até mesmo sua vida familiar. C6 sobre esta sobrecarga acrescenta que certas vezes enquanto está atendendo um paciente, percebe-se pensando em outro que precisa atender. Relatando sobre o trabalho médico feito muitas vezes apressadamente em situações de grande demanda como emergências, P1 acredita que estes comportamentos são reproduzidos em Postos de Saúde, onde a lógica médica seria de um atendimento mais completo.

"Quem trabalha no posto no regime de 20 horas, para atender 16 pacientes em 4 horas e atende 16 pacientes em 1 hora e 15, ele vai continuar tratando os pacientes do PSF da mesma maneira..."

Em "Relacionamento entre Colegas Médicos" agrupo falas de entrevistas de P4 e C8. A primeira comentando sobre as condutas médicas e os processos contra médicos, argumenta que o médico por temor aos processos se tornou mais acadêmico e menos clínico.

Já C8 explana que muitos médicos ignoram certos procedimentos triviais de outras especialidades e parecem querer se livrar de um problema ao encaminhar um paciente para tais especialidades.

Atualmente, C2 enfatiza a constante falta de tempo do profissional médico para exercer as atividades inerentes à medicina, ao cuidado. Ele cita textualmente que o médico é um "tarefeiro" e também que é baixa a remuneração por seus serviços.

P1, P2 e C4 comentam que o cuidado é exercido de forma individual, de acordo com a formação, o caráter e a consciência do profissional.

C2 lembrou de outro fator que influencia o cuidado, a competitividade: *"O médico ambiciona uma posição econômica melhor"*.

A frustração ao lidar com a morte foi considerada por P4 como um fator limitador do cuidado para o médico e a medicina. Para o paciente pode parecer que o médico é muito frio diante do sofrimento, já que ele convive diariamente com isto.

Para C6 e C8 o médico tem que gostar do que faz, porque as dificuldades são suplantadas pelo entusiasmo. C8 vai além, dizendo que o médico deve gostar do paciente. Porém P2 argumenta que o médico limita sua vida pessoal, fica dependente, quando está disponível demais. C7 correlaciona a qualidade de vida do médico com escolha pessoal da forma de trabalho, já que ele pode reduzir seus empregos e o número de pacientes optando por um atendimento de melhor qualidade. É uma questão de priorizar certos aspectos em detrimento de outros, mesmo reduzindo o poder aquisitivo. Influencia também no cuidado com os pacientes, a própria saúde do médico, que deve estar como um ser harmônico integrando o físico, psíquico, emocional e mental.

5.2.3.3 Fatores ligados a ambos

O fator individualidade foi mencionado por C2, C6 e C8, salientando que **"cada caso é um caso"** e necessita de um tratamento diferenciado, que a evolução da doença e tratamento pode ser diferente nos indivíduos. C8 ainda ressalta que são muitos fatores envolvidos para caracterizar a individualidade: como a genética, a família e o fator ambiental.

C2 percebe a espiritualidade como um fator determinante para a aceitação das limitações em virtude da doença, para a compreensão da morte e como coadjuvante na questão do relacionamento entre médico, paciente, família e equipe de saúde.

"... as pessoas que têm alguma crença mais forte espiritual, elas encaram às vezes as situações de uma forma [...] diferente [...] talvez lidem melhor com a doença, assim do ponto de vista psicológico, entendem melhor o que está acontecendo consigo, aceitam melhor aquela situação que ela está passando. Enquanto que a pessoa que não tem uma crença mais estruturada elas se revoltam mais, elas são às vezes mais exigentes..."

O cuidado como uma relação entre pessoas, pode variar de indivíduo para indivíduo. O mesmo médico pode cuidar bem de um paciente e não cuidar bem de outro. O que influencia esta relação é a empatia, argumenta C4. Ele acrescenta que não se consegue substituir esta relação médico-paciente (a empatia), por tecnologia. C8 diz que se não houver combinação entre as personalidades do médico e do paciente, este último não voltará a procurar o médico. P3 neste momento tem como estratégia avaliar sua relação médico-paciente.

A relação médico-paciente sofreu grandes mudanças ao longo do tempo, diz P4, em virtude das inovações tecnológicas e das mudanças sócio-culturais que mudaram a visão que o paciente tinha do médico, tornando-o muito mais exigente. Estas mudanças sociais englobam também maior individualidade, mais importância ao “ter” do que ao “ser”, são pequenos mundos melhores dentro de um caos total.

5.2.3.4 Fatores ligados à sociedade

Segundo P2 e P4, a imagem do médico tem mudado ao longo do tempo, passando de detentor de um dom superior a apenas mais um profissional no mercado de trabalho. Dizem, ainda, que são uma categoria desunida e auto-destrutiva. Mas P4 acredita que os processos médicos é que mudaram de forma mais evidente, tornando o profissional médico mais acadêmico, porém menos clínico, padronizando a forma de atendimento ao paciente e os exames clínicos que são solicitados *"existem algumas enfermidades que tu tem que encaminhar, né. E às vezes o médico já faz encaminhar lá na frente (fazendo exames primeiro) e o médico te critica pela demora. Não dá processo mas dá crítica"*.

P4 acredita que a forma vigente de medicina proporcionou o surgimento de uma medicina alternativa, capaz de responder aos anseios dos pacientes.

C4 enfatiza que não existe saúde privada, porque esta também é pública, do povo. *"Outra coisa que não existe é saúde pública! [...] toda a saúde é pública, até a privada é pública, ela é complementar a saúde pública, [...] a saúde pública é do povo, e a outra saúde não é do povo"*?

Para C6, a mudança mais evidente ao longo do tempo é cultural, e está relacionada à medicina preventiva.

Há também um limite da capacidade de fazer o bem por parte do médico, afirma P4, sem prejudicar a qualidade de vida do profissional.

C2, diz que para teorizar sobre cuidado não é necessário ser profissional da área da saúde. C5 acredita que cuidar é para a enfermagem, ao médico cabe tratar.

A tarefa de cuidar é de toda a equipe de saúde, dizem C3 e C7. E C5 acrescenta que há limite de ação para cada profissional em uma equipe multiprofissional. Já P2 acredita que os médicos têm muito a aprender com a enfermagem, pois estas possuem formação diferente, principalmente quanto ao trabalho em equipe e na administração.

C4 e C2 demonstram a importância de outros profissionais de saúde para o cuidado, salientam que o relacionamento entre esses profissionais às vezes pode ser o problema, e destacam a importância do médico neste processo.

Para C4:

"o médico é uma pessoa importante, dentro do sistema de saúde, né, não digo o mais importante, mas tem uma missão talvez das mais importantes, digamos assim, pode ser que em algumas situações ele pode ser o comandante deste processo, e às vezes não, então o papel de médico é fundamental nessas ações que fazem com que o indivíduo possa vir a buscar uma saúde plena."

Prossegue C2 dizendo que o médico faz parte de uma equipe, ressaltando que os diferentes profissionais de saúde que formam uma equipe, todos têm tarefas diferentes, porém o mesmo objetivo, e são complementares. O relacionamento do médico com os outros profissionais da saúde, pode interferir para o bem ou para o mal no cuidado com o paciente, porque um precisa do outro para o cuidado integral necessário a um paciente. Já C6 pensa que o cuidado do paciente, em uma equipe, cabe ao profissional médico.

O avanço tecnológico tem sido um importante fator de cuidado, afirma C6, e está propiciando diagnósticos precoces com chance de cura muito maior. Para C4 a tecnologia, o conhecimento avança muito rapidamente, mas o ser humano em sua essência ainda é o mesmo e acrescenta que o limite atual da própria ciência pode ser um limite para o cuidado.

O local de trabalho, sua estrutura e equipe interferem no cuidado ao paciente, isto é uma verdade para P1, P2, C4 e C7.

O cuidado também depende do aparato social existente, para encaminhamento do paciente, conta C5.

C4, destaca que ações em políticas de saúde interferem no cuidado. Diz:

"também interferem (falando de ideologias políticas), mas eu acho que a saúde tem que ser independente das ideologias, tem que ser integral, única, acima de qualquer ideologia."

As políticas de saúde formuladas pelo poder público e as condições de saúde do Brasil limitam o acesso ao tratamento e a exames complementares, por conseguinte limitam o cuidado, concordam P1 e P2. C4 lembra que não existe saúde de esquerda ou de direita, saúde é uma só.

P4 percebe a importância do Programa Saúde da Família para um bom cuidado em saúde, porém destaca que os médicos integrantes do programa não tem formação adequada para exercerem suas atividades. A diferença salarial é atrativo para outros médicos, sendo que alguns não teriam qualificação adequada, complementando ainda que as políticas públicas em geral podem ser um benefício ou um malefício para o cuidado dos pacientes. C6 e C5 concordam que a questão da remuneração pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é empecilho para um bom cuidado institucional e individual.

Para C5:

"...Você nunca esqueça que o SUS continua pagando R\$ 2,44 reais por uma consulta, como é que você vai realmente fazer um atendimento completo como manda o figurino, tu tem que ta preparado pra isto, ham?"

P2 destaca que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde prejudicam o trabalho do médico bem como para o paciente. Complementando a questão acesso P1 diz que até o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) seria melhor aproveitado se eles visitassem apenas famílias de risco e não todas as casas. P4, ao discorrer sobre políticas públicas, coloca que estas também são reflexos da sociedade, sendo este um ***"mundo de muitos direitos e poucos deveres"***.

C4 e C5 correlacionam a qualidade do cuidado à capacidade de produção do profissional médico.

Outros fatores que influenciam no cuidado, afirma C8, são culturais, como por exemplo, a influência da família, da cultura e do misticismo do paciente – seus valores e suas crenças.

C4 e C6 contam que entendendo cuidado como atenção, ambos não tem limites. E P1 se preocupa com o início do cuidado, que ele aponta como sendo quando se inicia o cuidar do paciente.

Segundo P3 o cuidado começa quando inicia o acesso ao serviço, médico quando o paciente decide procurá-lo e C2 concorda com ela.

5.2.4 Problemas e desafios

Este grupo de categorias expressa falas que colocam questionamentos, dificuldades, problemas para o cuidado médico em saúde de hoje, e lançam desafios, possíveis soluções futuras para tais problemas.

A categoria “Apoio Psicológico”, é originada da fala de C5:

"... não deveria existir um limite para este envolvimento (com a situação dos pacientes), mas o médico também deveria receber o suporte psico-terápico pra suportar estas coisas, ham?"

E desta surgem duas outras, sendo que a primeira vem da entrevista de P1, quando ao trabalhar com crianças que estavam em condições terminais, salientou a sensação de impotência, que poderia ter feito algo mais, sensação de culpa. ***"Quem cuida do cuidador?"*** emergiu de P3 quando esta discorria sobre a necessidade que médicos tem de também serem cuidados.

Num discurso enfático C8 ao falar sobre a influência que determinados acontecimentos, determinados fatores no passado do paciente podem ter em seu futuro, critica o cuidado por faixas etárias:

"... eu não sou favorável a essa coisa tão sistemática de divisão de idades [...] o pediatra tem que ter a visão de que o indivíduo vai ser um adulto. O clínico a visão de que o adulto vai envelhecer..."

Outro fator dificultador do cuidado é percebido por P3: a tendência do médico a querer oferecer ao paciente mais cuidado do que lhe é solicitado.

Em "mudança social" trago o relatado por C4 quando diz que *"o ser humano tem muito o que aprender sobre humanização, solidariedade e amor"*. P1 acrescenta que mesmo que não seja possível mudar completamente a realidade dura de alguns pacientes, ao menos deve, o médico, fazer o que estiver ao seu alcance. Sobre a participação do médico no processo de mudança do trabalho do médico atualmente P4 relata:

"... (o paciente) não tem mais aquele respeito a esse o profissional (o médico) a não ser que se mude as regras e para mudar as regras ele tem que trocar em toda esta estrutura aqui, aí ele muda as regras, se ele se unir a esta estrutura ele fica dentro deste plano que tem a medicina de alta rotatividade [...] Ele (o médico) poderia quebrar se ele tivesse uma estrutura de respaldo econômico para ele, como ele não tem, ele entra na máquina da produção [...] Acho que deve mudar (o mundo), acho que o médico tem que ter responsabilidade de encaminhar a mudança".

O comportamento do paciente pode também ser um problema para o cuidado do médico, conforme exemplificado por P4 e C5 quando ao contar experiências nas quais o individualismo, o egoísmo, o *"instinto de preservação maior que o de maternidade (P4)"* a arrogância, o hábito de querer pedir uma *"olhadinha (C5)"* sem ser uma consulta formal podem influenciar negativamente o cuidado do médico. P4 coloca como desafio ao amadurecimento profissional e pessoal do médico para saber lidar com tais situações, com tais pessoas, destacando ainda que a ingratidão que por vezes ocorre pode ser algo inconsciente, fruto do mundo complicado de hoje.

"...É mais eu acho que tudo é uma questão do próprio mundo, não é culpa dele (o paciente), estrutura do mundo hoje está muito ruim, [...], eu já consigo ver isto bem claro assim, vou sorrindo levando na brincadeira: há..então tá! Às vezes eu chego e está com um bico assim e vem de cortesia, e no final do período é que eu mando vir, né? E às vezes eu me atraso um pouquinho, demoro para atender, tá com bico assim... aí eu brinco e passa o bico, depois eles reclamam para a secretária: ela tá demorando, aí entram eu dou uma risadinha e já passa tudo..."

O médico de uma forma geral não tem muito o hábito de trabalhar com prevenção, assim C6 estimula esta prática como um desafio para um bom cuidado.

"Estes cuidados no sentido amplo tem muito aspecto de prevenção, mas na medicina é isso mesmo! (...) e todas as doenças a prevenção (...) total e abrangente, cuidar na medicina

ficaria mais fácil e nós de fato estaríamos cuidando dos pacientes, cuidando deles antes que eles ficassem doentes..."

Ao discorrer sobre a influência das ideologias nas políticas de saúde e no cuidado do médico, C4 afirma que para saber o que seria melhor ou pior se faz necessário realizar um estudo detalhado sobre a saúde entre países do "primeiro mundo" e países como Cuba.

Para P1 parece que uma grande necessidade dos médicos de hoje conciliar vida profissional e familiar com um bom cuidado com seus pacientes. Pois em alguns momentos, ao se cuidar de um pode prejudicar o cuidado com outro. Colocando como o equilíbrio do cuidado como uma possível solução para tal:

"...se você se disponibiliza muito para o paciente, se você está toda hora preocupado em estar proporcionando atenção ou atendimento, claro que você vai deixar a tua vida de lado, então este equilíbrio é que eu acho difícil da gente conseguir..."

5.2.5 Expectativas

Abrindo as expectativas do médico trago as falas de P1e P7. Ao expor as aspirações do estudante de medicina, P1 relata:

"A visão que se tem quando se pensa em ser médico é que você vai curar todo mundo. Não vai nem tratar, vai curar. Você pula etapas, já está na primeira fase, eu vou ser médico porque eu quero curar as pessoas. E esse desencanto que começa quando você vê que se cura muito pouco, a tua possibilidade de resolver definitivamente o problema é pequena em relação ao que você pensa quando está entrando no curso, ela vai diluindo e você se contenta em tratar, então já que eu não consigo curar, vou tratar."

Falando de tantas ocasiões que realizou cuidados extra-ordinários P4 refere desapontamento quando lhe é expresso ingratidão a tais cuidados extras.

As expectativas dos familiares dos pacientes também apareceram nas entrevistas, através de diferentes pontos. P1 salientou o sonho dos pais de que seus filhos sejam adultos felizes, e "ajustados" socialmente, no qual esperam que o médico seja parceiro e contribua para esse sonho. P4 destaca como é bom o médico de toda a família que cuida das diferentes gerações. Já C2 alonga-se um pouco mais ao discorrer sobre como familiares esperam do cuidado médico para com o paciente, sendo que alguns seriam mais exigentes quanto a isso e

outros teriam uma maior tolerância para com as limitações do médico, da equipe e da instituição de saúde.

"Há pacientes em que a família tem uma expectativa muito grande em relação à ação do cuidado e outras que entendem as limitações dos métodos, das pessoas, da estrutura hospitalar onde estão localizadas. A gente freqüentemente tem que adaptar o tipo de relação ao tipo de paciente e também cada vez mais comumente a família, ou grupo de indivíduos que o cercam. Então às vezes eles são muito exigentes em relação ao trabalho da equipe de saúde, do médico, enfermagem e a gente acaba atuando de uma forma mais aguda, digamos assim, e outras vezes quando existe um grau de compreensão maior do paciente e da família o médico às vezes toma atitudes assim mais adequadas em relação à situação do indivíduo."

O paciente que ao decidir procurar ajuda profissional também chega com expectativas, é este o tema de observações feitas por P1, P2, P4, C2 e C7.

"O paciente vê no médico, a pessoa capaz de lhe restabelecer" a saúde é a expectativa trazida por C2. P2 comenta que a população espera algo mais do médico do que apenas a prescrição. Complementando, C7 diz que mesmo no caso de um paciente terminal, onde a cura seria ainda mais desejada, é esperado do médico um cuidado maior e não apenas que desenvolva suas técnicas. P1 arremata dizendo que *"aquilo que o paciente quer é se sentir cuidado"*.

P4, ainda falando da expectativa do paciente, ao discorrer sobre situações onde a cura não é possível, mas é fortemente desejada pelo paciente, e este se vê diante de ofertas alternativas de cura, então tudo isso meche com o imaginário popular e é por isso comentado, ajudando a propagar tais ofertas alternativas.

5.3 Diferença entre curar e cuidar

A relação do cuidado com a cura é colocada por P2, P4, C3, C4 e C7. Sendo que C3, C7 e P2 enfatizam que a cura só é possível quando é causada por algo que pode ser afastado definitiva ou temporariamente (P7). P4 relata uma face mais ampla do cuidar e engloba o curar sendo este uma consequência daquele, com o qual concorda C7 e C4, este ainda destaca que mesmo se a cura não é possível resta sempre o cuidado, tendo o aval de C7.

P4 argumenta, que o médico cuidador tem poucas consultas novas, porque ele usará muito de seu tempo em conversas com o paciente, controles e acompanhamento. Se o médico

tem muitos novos pacientes, ele apenas cura o problema imediato e transfere. Para este profissional, *"o médico é um agente facilitador e catalisador da cura"*. C6 refere que a cura é consequência do cuidar. E C3 acrescenta que os pacientes portadores de doenças crônicas são mais cuidados do que curados. E C7 introduz que os pacientes procuram/precisam ser mais cuidados do que curados.

Para C3 curar é o melhor resultado possível do cuidado.

P4 ao discorrer sobre situações onde a cura não é possível, mas é fortemente desejada pelo paciente, e este se vê diante de ofertas alternativas de cura, então tudo isso meche com o imaginário popular e é por isso comentado entre a população, ajudando a propagar tais ofertas alternativas.

5.4 Prática do cuidado em saúde

5.4.1 Relacional

São várias as práticas utilizadas para o cuidado com o paciente, no cotidiano dos profissionais médicos entrevistados de âmbito mais relacional.

C8 e P3 destacam a atenção ao indivíduo, entre elas. Já P1, P3 e P4 utilizam a disponibilidade como diferencial. E P4 ainda acrescenta que o médico deve ser cortês e altruísta, não esperando gratidão de seus pacientes. P3 salienta a importância de proporcionar conforto ao paciente como forma de cuidado.

Como características do cuidado C2 percebe que a conversa, o diálogo com o paciente é necessário, C5 concorda e chama isto também de *"postura participativa"*, já P3 acredita que além de *"ouvir"* é de suma importância, *"saber ouvir"*.

O que muda na prática é *"a tática de ação, uma abordagem relacional diferente"*, mesmo objetivo de fazer o melhor possível dentro do disponível, diz C2.

C6 salienta que o médico não pode valorizar mais o exame do que o paciente, que deve perceber que tem alguém interessado nas queixas dele, receber carinho e atenção. Esta questão de demonstrar interesse também foi relatada por P1.

P3 e C5 vão mais além, eles acreditam que para cuidar é necessário envolvimento emocional com a situação do paciente.

"... Acho que a gente tem que sentir o sofrimento da família, se a criança está doente, pra poder fazer o melhor para a criança", diz P3.

"... Me preocupo em saber da vida dele, como é que está pessoalmente, a situação social, familiar, emocional dele. Me envolvo bastante...", completa C5.

Para ser acessível ao paciente o médico deve ter humildade, linguajar adequado, atitude polida, enfim toda uma maneira de portar-se, sem prepotência, segundo P1. E ele acrescenta que o profissional sente-se mais seguro ao trabalhar com aspectos biológicos do paciente.

P1, C5 e C8 comentam que o médico deve se responsabilizar por seu paciente. O paciente se sente cuidado quando o médico está próximo, é uma presença constante, diz P1.

Às vezes o paciente chega com medo do **"Doutor"**, mas com a prática, expressa C8, o médico desenvolve uma espécie de **"feeling"** capaz de perceber a linguagem não verbal do paciente, para saber como ele é, como ele pode reagir ao diagnóstico e prognóstico e desenvolve também a capacidade de promover a colaboração do paciente no tratamento e, demonstrar que a responsabilidade das decisões também é dele. É dever do médico mostrar a realidade, inclusive de que ela pode ser dura, sem esconder nada, o profissional deve ser sincero sobre tudo que o indivíduo precisa saber sobre sua doença.

"...Não tem cura, não tem cura, a pessoa tem que aceitar..." e *"...tento tirar o máximo possível da gravidade (no sentido cultural) .."* são falas de C8 e P4, respectivamente, que orientam a prática educacional destes médicos referente a aspectos clínicos de seus pacientes. C5 complementa dizendo que procura ensinar quais são os sinais e sintomas de alerta, em especial para pacientes de doenças crônicas.

P4 destaca ainda que freqüentemente como prática educacional tem que retirar a culpa que existe em certos pacientes, bem como o teatro existente sobre certos sintomas e diagnósticos. Já C8 ao lidar com casos prognosticamente mais reservados, procura empoderar psicologicamente seus pacientes para entender que **"doenças genéticas são algo comum na natureza"** e que existe um lado bom em **"ser diferente dos outros"**. Completa seu cabedal ao dedicar tempo para esclarecer, desmistificar, alertar e aconselhar seus pacientes.

Devido a grande quantidade de informação circulante atualmente, e a facilidade de acesso a elas por alguns pacientes, P4 coloca outra função importante do médico como um

"filtro de informação", destacando-o como sendo o *"melhor informante"*. C5 acrescenta que ao fornecer informação e fontes de informação confiáveis ao paciente o médico pode também estimular que o paciente busque mais conhecimento por si.

O cuidado é exercido não apenas pelo médico e profissionais de saúde, mas também pelos integrantes da família do paciente, com isso concordam P3 e C8. A primeira diz que *"... (o médico) precisa conquistar os familiares para fazer o melhor para criança.."* e *"... é na família que a criança tem que ser bem cuidada..."* complementando que esse cuidado deve ser *"... o melhor possível.."*. Já a segunda destaca que a família tem sua importância na compensação de doenças crônicas, como a hipertensão e diabetes, principalmente no que diz respeito às mudanças de hábitos de vida destes pacientes. P3 diz ainda que é importante a presença dos pais quando o médico for realizar quaisquer cuidados com a criança, para que se necessário possam eles aprender a cuidar, e se preciso a presença de outros familiares isto também deve ser estimulado para se aumentar a *"rede de apoio materna"*.

P3 comenta ainda que as Unidades Básicas de Saúde seriam locais de privilegiada ação em educação e saúde.

Cada paciente é único, com personalidades diferentes, concordam P4, C5 e C8, portanto devem receber cuidados, envolvimento e tratamento diferenciado. C8 ainda acrescenta que o médico deve chamar o paciente pelo nome, sem usar as generalizações como *"mãezinha"*, *"vovozinha"*.

C6 lembra sobre os cuidados especiais que o profissional médico deve ter com o paciente com dor.

Então, *"o médico quando conversa, quando pergunta algo além do estritamente biológico, está fazendo algo a mais, está efetivamente cuidando"*, expressa C5.

5.4.2 Procedimentos

Várias práticas são citadas pelos entrevistados como utilizadas para exercer o cuidado. Uma delas, o acompanhamento, é destacada por C8 como sendo muito importante, especialmente em casos clinicamente mais relevantes e em situações onde deseja avaliar se as orientações que fez ao paciente estão ou não tendo êxito.

C8 também salienta que o aconselhamento genético, muitas vezes simples não é feito pelos médicos em geral, embora de grande importância.

Pontuando cuidados específicos como o cuidado ao se fazer o diagnóstico, especialmente sobre a causa do sofrimento do paciente, cuidando de uma analgesia adequada, cuidando dos detalhes, as pequenas coisas que fazem a diferença e avaliação de própria conduta quando o paciente não mais a procura, para ver se tem falha na relação médico-paciente ou se o paciente está tendo acompanhamento com outro médico, são práticas de P3.

P1 faz associação entre local de trabalho e forma de cuidado. Associando tempo que se tem disponível com qualidade do cuidado frente às necessidades em saúde do paciente. Destacando assim, que consultas mais longas, "**necessidades centradas**" são geralmente praticadas em ambulatório, e as mais curtas, "**queixas centradas**" acontecem geralmente em ambientes de emergências hospitalares ou pronto-atendimentos.

Recomendam uma contextualização do paciente três médicos. P1 destaca a importância de se considerar o paciente como um todo. Ele é complementado por P4, ao dizer que o "*médico cuidador é o mais amplo possível*" para se buscar uma "*cura real*". Já C2, defendendo que embora o cuidado seja o mesmo (dentro do seu conceito de cuidado) de acordo com o contexto de cada paciente pode haver diferença na "*estratégia de abordagem*" de um ou outro paciente.

P4 em vários momentos de sua entrevista cita a necessidade de o médico realizar cuidados que vão além dos ordinários, exemplificando com consultas fora de seu horário regular de trabalho, mesmo sob "**chuva torrencial**".

Existe benefício para o paciente, deixá-lo psicologicamente bem o máximo de tempo possível, é uma estratégia adotada por C8, sugerindo ainda que:

"...tem aquelas famílias que põem o paciente para baixo e aquelas que põem o paciente para cima. E eu acho que é importante nós conversarmos com a família. Parente que põe o paciente para baixo tem que ser conversado, porque ele pode ter uma forma de ver o mundo que não é real. Ele atrapalha o tratamento. Eu acho que a gente tem que ver isso também...."

Em duas situações P4 considera importante o encaminhamento, e diz ser essa uma prática cuidadora. Quando se faz necessário uma referência no sentido técnico e quando existem problemas na relação médico-paciente.

Ao comentar sobre as diferentes possibilidades de evolução dos pacientes entre si, C8 ratifica o acompanhamento rigoroso destes pacientes e de suas evoluções.

C2 considera que um exame físico detalhado é de grande valia para o atendimento do paciente, e lembra disto ao aferido sobre como cuidar bem de seus pacientes. Em especial antes de solicitar exames complementares, o que corrobora com ele C6.

Cuidar bem de seus pacientes requer certa disponibilidade de tempo por parte do médico. E como isso é escasso P1 ao comentar sobre isso, sugere o gerenciamento do tempo como uma possível solução. Ele exemplifica com o planejamento da agenda de seu consultório. Na qual, por não concordar com "encaixes", por julgar que atrasam médicos e pacientes, ele deixa horários previamente vagos para atender eventuais consultas de urgência/emergência.

C8 ainda destaca também que quando pairam dúvidas sobre o diagnóstico de seus pacientes, ela insiste em uma investigação clínica intensa, para evitar possíveis complicações do estado de saúde de seus pacientes. E se seus pacientes apresentam tendência familiar a manifestação de certas patologias além da investigação ela enfatiza a necessidade de uma orientação adequada.

Também ratifica a orientação, P1, com o diferencial que estende essa prática às situações particulares quando existe o desejo dos pais de que seu filho seja mais "ajustado socialmente".

Outro ponto em muitas falas destacado por P4 foi a resolatividade do médico. **"...Tem que ter competência para saber o que está fazendo..."**, ela diz. Complementa que quando tem que acordar certas mudanças na vida dos pacientes procurar traçar metas objetivas, porém com certa flexibilidade de cobrança, reforçando a combinação sistematicamente e "exigindo" 100% se não houver esforço para cumprimento das metas flexibilizadas anteriormente.

P1, P3, C2 e C3 percebem o tratamento sugerido pelo médico como forma de cuidar. Sendo que C2 e C3 explicitam tal sugestão. C3 coloca: **"... o médico deve orientar o paciente a manter ou recuperar a saúde, implementando e executando o tratamento..."** quando perguntado sobre como cuida. P3 acrescenta que este tratamento cuidador pode ser além do medicamentoso, destacando o ato de ouvir como sendo terapêutico. Já P1 complementa dizendo que muitas vezes o tratamento puro e simples, pode não ser suficiente, e o médico deve procurar avaliar o que mais pode fazer para ajudar o paciente.

C5 percebe a importância deste **"algo a mais"** que a terapêutica e enfatiza a importância do médico conhecer o aparato social vigente (cita comunidades terapêuticas, casas de apoio, locais que oferecem vagas de empregos), e utilizá-lo para encaminhar o paciente. Aproveitando ocasiões como a de internações hospitalares (mas não se limitando a elas), no qual existem outros profissionais especialmente disponíveis para esses fins (cita assistentes sociais). P3 acrescenta a necessidade do médico articular a comunidade, na qual o serviço onde ele trabalha está inserido, para reivindicar alterações sociais necessárias.

5.4.3 Consequências do cuidar

5.4.3.1 Vantagens

A medicina traz muitos momentos recompensadores, sobre isso inclui falas de três pediatras e quatro clínicos. P1 inicia, dizendo que se sente realizado com a satisfação do paciente. Quando são lembrados pelos familiares por cuidarem com atenção de seus filhos, quem se sente satisfeito é P2. Já P4 generaliza ao dizer que está satisfeita por ser médica e desempenhar bem sua função, fazendo também um auto-reconhecimento.

Para P4: *"... É esse meu cuidado em saúde. Eu acho que isso é um retorno bom."*

C4 exemplifica que mesmo com todo o arsenal tecnológico que a medicina européia dispõe, ele tem três pacientes que vêm regularmente ao Brasil e preferem consultar com ele. Em linha similar, C8 coloca que no acompanhamento de seus pacientes mesmo após tratamento básico realizado, muitos pacientes retornam a procurá-la, mesmo sem queixas, querem apenas conversar com ela. C6 enfatiza que cuidar do paciente evita processos judiciais e passa uma imagem de competência.

Já C7 sente-se realizada, mais satisfeita por ter tomado a decisão de atender menos pacientes, com maior qualidade, dedicando-se mais tempo a cada um, mesmo com menor remuneração. Diz que assim age mais coerentemente com seus princípios.

Ao falar de sua decisão C7 comenta:

"... eu me sinto muito mais útil e talvez vendo menos pacientes, Mas com uma melhor qualidade do que uma quantidade muito grande. Financeiramente claro que é um baque, é difícil, mas é uma questão de viver, de estilo de vida, do que tu queres na vida, né? Eu acho que algumas coisas vão contra minha maneira de pensar, de trabalhar, então não consigo assim ver muitos pacientes ao mesmo tempo pra mim é difícil, não dá, [...] Na prática médica, acho que uma maior valorização pra mim, eu me sinto mais realizada, não correndo tanto atrás da máquina, plantões e trabalhando em vários lugares... acho que o optar por ganhar menos, mas fazer algo mais dentro do que eu penso, dentro dos meus princípios enfim, eu acho que me traz mais tranquilidade inclusive no relacionamento médico-paciente, no cuidado com o paciente."

5.4.3.2 Desvantagens

P1, P2, C5 e C8 referem aspectos diferentes das consequências do cuidado. O primeiro comenta um possível desgaste do profissional médico cuidador, já o segundo diz que uma vez que existiu o cuidado a família tem o direito de quando precisar do médico buscá-lo. O último comenta que o paciente pode se tornar dependente do cuidador para atos em saúde. P1 concorda com ele e acrescenta que o profissional de saúde também fica com dependências e limitações por se dispor a ser um cuidador.

C5 diz que cansou primeiro: *"... Me envolvo bastante. Até por isso é que eu cansei mais cedo."*

5.5 Atitudes frente a situações especiais

Frente a questões formuladas sobre determinadas situações especiais, como: Auto-Cuidado, Médicos cuidando de Médicos, Paciente Terminal, Paciente “Problema” e Paciente Particular, Convênio e SUS, os entrevistados relataram suas opiniões.

Com a fala seguinte inicia-se a categoria do auto-cuidado por parte do médico.

"... A gente tende a subestimar ou superestimar os problemas , existe um viés grande...".
(P2)

P3 e P4 concordam que a prática do auto-cuidado pelo médico, não é a situação ideal, pois com o conhecimento que ele possui sobre a doença, sintomatologia e evolução, ele pode superestimar ou subestimar problemas. P3 vai mais além, quando afirma que o médico dá pouca atenção para a auto-prevenção. P2 diz também que com doença na família, o médico assume o papel de familiar apenas e não de médico da família.

Quase todos os entrevistados concordam que é diferente quando se trata de paciente médico. C4 afirma que atender um colega como paciente, trás uma preocupação maior, de alguém que também conhece o que você está fazendo. P3 ainda ressalta que como o médico é um paciente bem informado, ele tem expectativa maior que o paciente comum.

"... tu pensa assim, eu tô no meu consultório, eu sou médica, e uma médica vem me procurar, no momento que ela procura ela já viu todos os médicos que podia antes, buscou informações, então na hora em que ela decidiu te procurar ela já viu tudo isto e ela espera muito mais de ti do que um paciente comum, é uma expectativa muito grande. E a gente acaba ficando, às vezes, perde o controle de querer antecipar as coisas, de sair pedindo

exames e as vezes não conversa e não dá atenção que seriam para qualquer paciente, e aquela idéia de que médico sempre complica..." - P3.

P3 e C5 referem-se ao fenômeno denominado “esmeraldite” - *"doença de médico e familiar de médico é complicada e diferente"*. C6 discorda, diz não acreditar na “esmeraldite”. Já C5 diz que toma muito mais cuidado, mais atenção, quando o paciente é médico. P4 diz que além da atenção maior, isto também gera maior tensão para o médico cuidador.

Em virtude destes argumentos, P3 afirma que muitos médicos preferem não marcar consulta de pacientes médicos, e ainda que falta preparo, formação médica, para médicos cuidarem de médicos. C2 diz perceber também, que médicos não são bons pacientes para seguir o tratamento indicado.

P2, C6 e C8 concordam que o cuidado e o tratamento devem ser o mesmo, mas C8 acrescenta, é importante respeitar o conhecimento que o colega-paciente possui, portanto o linguajar é diferente e como conhece medicina, tem o direito de saber tudo a seu respeito, a respeito da sua doença. Pode-se estudar junto o caso, é importante poder conversar abertamente, sobre o que quer saber e o que quer deixar que o médico resolva por ele mesmo. Demonstrar confiança.

Para P4 o médico não tem conhecimento suficiente para cuidar bem de si mesmo, tem apenas criticidade. Ele embasa sua opinião na afirmação de que o médico ao relatar sua história, ele relata sua interpretação também e isso induz, mesmo inconscientemente, a extrapolações do cuidado mais agressivo ou desvaloriza a queixa.

A próxima situação especial emergente das entrevistas é a do relacionamento com o paciente terminal. P3 pensa que na residência o médico não tem preparo para lidar com a morte e com a família de pacientes terminais, e que isso faz falta, pois ela exemplifica o fato de ter momentos onde a exposição maior ao tema é melhor para o aprendizado. P3 diz ainda, que é preciso *"cuidar como se fosse um filho, como alguém que amamos"*. O paciente terminal exige mais do médico, o cuidado é mais intenso e acaba sendo difícil de esquecer, ao menos até a situação se repetir.

O cuidado com paciente terminal deveria ser basicamente paliativo (dor, desconforto, etc), e confortar a família, e não prolongar o inevitável com mais sofrimento, é opinião de P2.

C2 acrescenta que com o paciente terminal o objetivo do cuidado muda, passando a ser *"fazer o melhor possível"*, pois não se irá restabelecer a condição de normalidade da saúde.

Embora o "ato médico", para C2 ainda será o mesmo, fazer exame clínico, pedir exames complementares, fazer diagnóstico e tratamento.

C5 relata que quando temos pacientes terminais resta apenas o cuidado e isso pode ser frustrante para o médico:

"... você vai se envolvendo, mas o paciente vai morrer, tudo direitinho, ham? [...] já tá falido e tudo e não vamos conseguir e vão morrer em pouco tempo, e aí? Vou me envolver até que ponto que eu vou entrar nisso aí, no passado nós pegamos isso daí. tu fazia o diagnóstico [...] e ver o cara morrer sem problema, dando.. cuidando... dando um cuidadinho aqui para...um conforto na hora da morte [...] apenas cuidando... Não fica tratando mais de nada, a não ser conforto."

P4 resume assim as diferentes posturas frente a pacientes terminais:

"... Para o paciente terminal tem três posturas, uma postura de deixa ir e... de desapego, porque na verdade o paciente terminal é uma frustração pra medicina que ela é limitada né? Então ela é obsoleta. E existe um outro tipo que é aquela pessoa que não aceita a terminalidade e daí tem uma postura de agressão...tentativas múltiplas... e existe ainda o outro cuidado que é o cuidado do apego junto ao paciente terminal na qualidade da morte, esse é o mais difícil de todos."

Sobre o envolvimento do médico frente ao sofrimento e a terminalidade do quadro do paciente, P3 destaca que sua opinião não é consenso, é minoria, porém ela pensa que :

"... o médico tem que se envolver emocionalmente, mas que isso não ia fazer ele tomar a conduta errada por estar envolvido, não ia errar uma prescrição, ou deixar de dar o melhor atendimento técnico para o paciente se tivesse envolvido emocionalmente, ou sentindo o sofrimento da família. [...] Agora se não perceber a situação eu acho que pode deixar de tomar situações que deveria. Eu não tenho medo de me envolver e de sofrer com isso. Eu me sinto aliviada se morre um bebê, mas eu pude dar apoio para aquela família, agora se morre um bebê e eu sequer tive a oportunidade [...] é pior para mim. Eu prefiro conhecer antes a família e depois ter consciência de que o que eu tinha condições de fazer, eu tive tempo para fazer..."

As conseqüências sócio-econômicas, perda do emprego, limitações sociais e familiares, e até mutilações impostas pelo tratamento são destacadas por C6 como complicações da terminalidade.

C5 é o único médico que aborda a questão dos pacientes problemas, drogaditos e alcoólatras, estes precisam primeiro ser tratados do vício, afirma. Este tipo de paciente precisa

investir, interagir, gastar mais tempo com ele. Com alguns este investimento dá retorno, com outros, é como falar com uma porta. *"O feeling da gente é que guia, como, onde e até quando investir"*.

Para C2, o paciente com mais recursos financeiros tem mais acesso a profissionais, técnicas, métodos e instituições melhores. E P3 correlaciona a observação de que o paciente particular melhora rápido, é melhor cuidado (mais tempo com a família, visitas, alimentação adequada, etc).

"... no mesmo hospital e na mesma UTI, o fato de ter uma tarja bem grande num prontuário escrito leito particular, isto abre as portas de uma tal forma que você pode entrar a qualquer hora, enquanto paciente do SUS, fica lá só tem meia horinha de visita, tá... Até o tipo de suco, se um suco natural ou se é um suco artificial, a atenção, é pegar... para mesma doença o tempo de internação numa UTI do SUS é mais prolongado do que para a mesma doença numa UTI privada. Porque que o paciente melhora mais rápido? Não deveria ser assim..."

P3 diz que SUS precisa se desenvolver. Melhorar a articulação do médico com a comunidade e paciente para reivindicar necessidades dos gestores. Um tipo modelo ideal é o canadense, onde saúde é prioridade estatal.

5.6 Percepções frente às diferentes áreas

Relatamos a seguir os comentários que caracterizam, na opinião deles, as diferenças ou não da forma de exercer o cuidado entre Médicos Pediatras e Clínicos.

P2 alega não saber a diferença por não trabalhar com adultos.

Já C2, C6 e C8 dizem não haver diferença no cuidado médico efetuado por Pediatras ou por Clínicos.

P1 acrescenta que a diferença está na autonomia. O paciente adulto é mais autônomo, decide junto com o médico sobre seu tratamento e o adulto é autônomo também no autocuidado, enquanto que a criança depende da família.

P4 salienta que a diferença do cuidado está na pessoa, no Cuidador e não apenas na formação profissional.

O médico sofre mais, se envolve mais, presta mais atenção quando cuida de criança, diz C5. P3 e P4 acreditam que o Pediatra desenvolve mais sensibilidade, porque lida

diariamente com a ternura da criança. P1 e C5 argumentam que a criança é mais sincera do que o adulto, quando ela chora tem algum problema efetivamente, enquanto que com o adulto isto não é uma regra.

P3, P4 e C4 dizem que há uma diferença de perfil entre o Clínico e o Pediatra, eles comentam que o Clínico demonstra ser mais impessoal, sendo que pouquíssimos clínicos abraçam seus pacientes. Salientam ainda que o Pediatra possui mais cultura de prevenção. Mas existe alguém mais impessoal do que o Clínico, que é o Cirurgião que, segundo P3 e P4, ele vê somente o procedimento cirúrgico e distancia-se do paciente.

Outra diferença referida entre o clínico e o cirurgião, foi que P3 e P4 concordam ser o médico cirurgião mais distante do paciente do que em relação ao clínico. P4 salienta ainda que o cirurgião abraça menos ainda o paciente.

6 DISCUSSÃO

6.1 Saúde

6.1.1 Conceitos de Saúde

Embora a análise sobre o conceito de saúde não fosse primariamente o foco central deste trabalho evidenciou-se que aqueles entrevistados que defenderam um conceito mais tradicional (restrita?) de saúde (ligado à ausência de doenças), também o fizeram em relação ao cuidado (ligado à parte procedimental), algo diferente aconteceu com os que consideram cuidado como atenção integral ou mesmo qualidade de vida que acabam definindo saúde também de uma forma mais ampla.

Entendendo que a concepção sobre saúde-doença que o médico tenha possa influir sobre sua concepção sobre o cuidado.

Não há um consenso na literatura pesquisada sobre saúde, também não ocorreu entre os entrevistados. Mesmo os conceitos emergidos não sendo excludentes.

O Conceito de Saúde, como tantos outros que envolvem o complexo ser humano também é muito dinâmico, e tem demonstrado sua complexidade ao longo da história. Para Mario Testa citado por Freitas¹⁹ a "*saúde é um conceito indefinido*", já na declaração da 8ª Conferência Nacional de Saúde¹⁹, "*a saúde não é um conceito abstrato*". E isto também se refletiu ao longo dos sete conceitos de saúde expressos pelos entrevistados.

O tradicional conceito de saúde "Ausência de Doenças" de Boorse (1975,1977) citado por Almeida Filho²⁰ datando da década de 1970 foi o mencionado por três médicos entrevistados. Tal conceito tem como primeiro complemento o popular conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS).⁵

Da categoria "Bem Estar" referiram-se sete médicos (de um total de doze) utilizem ou o próprio ou adaptações do conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS). Apenas um, referiu ter dificuldades para conceituar saúde. E talvez por isso tenha ao longo de sua entrevista trabalhado com conceitos diversos.

Pela OMS⁵ saúde seria um "completo bem estar bio-psico-social", além de ausência de doenças ^{5,21} é muito questionado. Para Da Ros²² as críticas são feitas sobretudo à primeira parte: "Completo bem estar..." Segre e Ferraz citado por Da Ros²² o criticam como sendo inatingível. Opinião parcialmente aceita pelos organizadores dos documentos das cartas de promoção à saúde do Ministério da Saúde⁵, sendo contextualizada de que tal definição foi bastante avançada para época, e aponta para uma discussão muito produtiva de ampliar o

conceito de saúde, para áreas além do tradicional entendimento de saúde. E que exigem o envolvimento de mais setores da sociedade para que venha a ser verdade. Emergiram dos depoimentos sete referências a tal conceito, sendo que dois o comentaram como sendo inatingível.

Para Alcântara²³ o conceito da OMS seria simplista e errôneo. Diz:

Quanto ao bem estar físico, anomalias anatômicas das vias urinárias, por exemplo, podem não afetá-lo por longo tempo e são anomalias graves. Quanto ao bem estar psíquico, supõe-se que não abranja preocupações intensas; será anormal a pessoa que se preocupa intensamente com a saúde de seus pais ou com o futuro de seus filhos? Quanto ao bem estar social, é expressão algo ambígua: se refere a boas condições de convivência social, cai no caso anterior; se refere a boas condições sociais da sociedade onde a criança vive, deixa de ser componente ou característica de normalidade para ser etiologia de normalidade.²³

Para Mário Testa citado por Freitas¹⁹, saúde é um conceito "*complexo e indefinido e que o objeto de trabalho da medicina é o corpo que trabalha, que ama, que luta...*".

Três entrevistados definiram saúde como algo ligado a "Plenitude e Perfeição" (semelhantemente ao que aconteceu com os que citaram o conceito da OMS) parecem pensar diferentemente entre si.

Coelho e Almeida Filho²⁴, quando citam vários autores (Canguilhem, 1978, 1990; Freud 1980; Lacan, 1988; Kleinman, 1980, 1986; Good, 1980, 1994; Young, 1982; Bibeau, 1988, 1992; Bibeau & Corin, 1994) que destacam:

[...] a saúde constitui um estado dinâmico que pode depender de muitos fatores: Contexto sócio-econômico-político-histórico-cultural, genótipo, psiquismo, modo de vida, aspecto e situação. Ela se desdobra nas normalidades mental e orgânica, mas ambas não necessariamente coincidem (Jaspers, 1985; Canguilhem, 1978; Foucault, 1976). A saúde difere tanto quantitativamente quanto qualitativamente da enfermidade. Ela não implica o completo bem-estar (Berlinger, 1978), a normalidade total, a ausência de anormalidade, uma vez que esta concepção se distancia da realidade concreta. A saúde implica, sim, uma quantidade moderada de sofrimento, com predomínio de sentimentos de bem estar. Ela é um ideal desejado, mas também uma realidade concreta²⁴.

Concordando com o determinismo conceitual de "Igualdade dentro da Normalidade" também emergida das entrevistas temos os conceitos mais antropológicos e filosóficos de saúde.

Foucault^{26,27} ressalta a determinação social da saúde e da doença. Sendo para o autor o rendimento e "a saúde individual indispensáveis para o bom funcionamento da nova engrenagem social"²⁴.

Avançando da saúde coletiva, em hábitos de higienismo para o nascimento da clínica, para a "intervenção sobre o homem, seu corpo, sua mente, e não apenas sobre o ambiente físico. Buscava-se, com isso, normalizá-lo para a produção. Numa perspectiva, onde o homem seria como uma máquina, podendo ser consertado e programado"²⁴.

Freud e Lacan citados por Coelho e Almeida Filho²⁴ salientam a possibilidade de o que é considerado anormal pela medicina pode ser tido como normal pelo indivíduo ou ao grupo ao qual ele pertence, dependendo do contexto individual ou do coletivo.

Neste mesmo texto as autoras²⁴ sugerem distinguir três níveis de saúde: 1) Primário, mais ligado ao "padrão e desenvolvimento científico de saúde, considerado como universal"; 2) Secundário, oriundo do padrão "popular particular a um dado grupo social"; 3) Um Terciário, mais restrito ao entendimento do indivíduo.

Ainda conforme Coelho e Almeida Filho²⁴ "a saúde relaciona-se, então, à forma pela qual o sujeito interage com os eventos da vida. Essa forma é construída ao longo da existência, desde a infância" e pode chegar a se misturar com o conceito de viver (o que é concordante com os entrevistados que abordaram o tema).

Canguilhem²⁷ destaca que "[...] para o homem a saúde é um sentimento de segurança na vida, sentimento ente que, por si mesmo, não se impõe nenhum limite." E continua: "A saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valores, de instaurador de normas vitais." Considera ainda que a saúde se realiza no genótipo, na história da vida do sujeito e na relação do indivíduo com o meio.

Retornando aos conceitos ligados a profissionais da saúde, exponho a concordância de Campos²⁸ e Merhy^{2,11} em trabalhar com o conceito de saúde como capacidade de autonomia do indivíduo. Campos²⁸ descreve assim o conceito ao falar da finalidade das instituições de saúde:

[...] as instituições de saúde deveriam existir tanto para ajudar cada cliente a melhor utilizar os recursos próprios, partindo sempre do reconhecimento da vontade e do desejo de cura de cada um, como para lhes oferecer recursos institucionais também voltados para melhorar as condições individuais e coletivas de resistência à doença. Neste sentido, faria parte fundamental de qualquer processo terapêutico todo esforço voltado para aumentar a capacidade de autonomia do paciente para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em consequência da capacidade de cada um instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e qualidade de vida.²⁸

A 8a Conferência Nacional de Saúde¹⁹ declarou saúde como sendo:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da

terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Defini-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, deve ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.¹⁹

6.1.2 Fatores relacionados à saúde

Quanto aos fatores ligados à saúde foi citado o conceito de doença. Embora possa parecer um conceito mais objetivo que saúde, a respeito do que aconteceu com saúde, com este conceito também não existiu consenso. Foram dois os conceitos mencionados pelos entrevistados, de forma diferentes, embora não excludentes. Algo semelhante aconteceu com o visto na literatura pesquisada.

Ambos os entrevistados ao se referirem à doença ou adoecer o fazem no sentido de antagonizar um de seus conceitos de saúde ou seus recursos. Já os teóricos estudados parecem ampliar ou até mesmo complementar o conceito de saúde ao falar do adoecer.

Sendo que para Canguilhem²⁷ a possibilidade de adoecer é parte constitutiva de se ter saúde, uma vez que para o autor, ter saúde implica em poder se restabelecer quando se adoecer.

Freitas¹⁹ ainda cita Gomes e colaboradores, no qual analisam os vocábulos da língua inglesa "disease", como sendo "doença tal como ela é, e aprendida pelo conhecimento médio", continua com "illness", descrevendo-o como "a doença experimentada pelo doente." e "sickness" como sendo "um estado muito menos grave e incerto que o precedente... de maneira geral, o mal estar". Visão semelhante é colocada pelo antropólogo Helman²⁹ e o médico Knauth³⁰.

Freitas¹⁹, com a pretensão de aprofundar e enriquecer a análise dos componentes não biológicos dos fenômenos do processo saúde-doença, sistematizaram um modelo que concedia especial importância teórica à noção de doença-*sickness*, com ênfase nos aspectos sociais e culturais que paradoxalmente haviam sido desprezados pelas abordagens sociológicas anteriores.

Conforme Canguilhem²⁷ a possibilidade de adoecer é parte constitutiva de se ter saúde, uma vez que para o autor, ter saúde implica em poder se restabelecer quando se adoecer.

Para Coelho e Almeida Filho²⁴, sintetizam o pensamento canguelhemiano colocando que:

A norma, em última instância, é sempre individual. Cada indivíduo tem sua própria concepção de normalidade. A normalidade deixa de se restringir a um único padrão, deixa de ser conforme um modelo pré-definido de saúde e passa a se expressar de diferentes formas.

A saúde implica poder desobedecer, produzir ou acompanhar uma transformação. Ela pode até significar um desvio das normas sociais. Já o patológico é a perda da capacidade normativa, a impossibilidade de mudança, a fixação e a obediência irrestrita à norma. O homem normal é capaz de instituir novas normas, mesmo que orgânicas (Canguilhem 1978). Na relação com o meio, o ser vivo, ao invés de apenas sofrer influências, procura uma situação na qual recolhe as influências que correspondam a suas exigências. Ele estrutura seu meio. O meio do ser vivo é também obra do ser vivo que se furta ou se oferece a certas influências. O normal e o anormal são determinados pela quantidade de energia que o ser vivo dispõe para estruturar o seu meio. A medida desta quantidade de energia revela-se na história de cada um.²⁴

A interface entre o ser saudável e o estar doente é colocada pelos entrevistados mais associada ao efeito da doença sobre a saúde e a atitude do paciente ao adoecer. Talvez por provavelmente terem contextualizado o presente momento e não como esta interface foi abordada através da história.

Longe de ser apenas uma discussão semântica, a definição de saúde e doença é essencial para a definição da abrangência para a preservação da primeira e do combate à segunda, por todos os intervenientes, e, particularmente, pela medicina.

A construção dos conceitos de saúde e doença também depende do contexto social no qual o indivíduo está inserido, da forma como o médico compreende esse contexto, para a partir daí, analisar os sintomas desagradáveis apresentados pelo indivíduo (fruto de sua interação social), para efetivamente e objetivamente, chegar ao sinal, indicador possível do problema de saúde do mesmo.³¹

O autor destaca outros estudos que referem as representações que os indivíduos possuem a respeito da doença estão diretamente relacionadas com os usos sociais do corpo em seu estado normal. Assim, qualquer alteração na qualidade de vida, tais como o indivíduo não conseguir trabalhar, comer, dormir ou realizar qualquer outra atividade que está habitualmente acostumado, implica em estar doente.

Enfim, analisando os conceitos sobre saúde-doença, para diferentes estudiosos, com aqueles dos profissionais que foram entrevistados, observou-se que não existe uma resposta padrão para o que é doença: o estar doente é uma leitura individual.

Ter saúde implica na capacidade, na atitude de lidar, autonomamente, com as dificuldades da vida e sua complexidade. Não é a ausência de danos, mas a força de viver com eles e integrá-los e de crescer com eles³². Consonante com o entrevistado que afirma que "adoecer e morrer fazem parte da vida". A atitude das pessoas em relação à sua saúde decorre de um conjunto complexo de elementos de decisão, valores, representações, padrões culturais, práticas individuais, familiares e de classe social. Além disso, utilizam diferentes sistemas de cura, integrados em sua cultura e em sua realidade material de vida³³.

Cutolo³⁴, em sua tese de doutorado, resgata historicamente o processo saúde-doença de acordo com o surgimento ao longo do tempo de várias formas de pensar sobre este processo. Ele destaca a visão higienista, a social e a biológica.

Sobre a visão higienista, destaco como fatos ilustrativos:

Na Alemanha, no final do século XVIII e início do século XIX, foi desenvolvida uma medicina de Estado, conhecida como Polícia Médica (PM), implementada por administradores políticos e buscava o bem-estar da população, contando com apoio militar, educadores e médicos. A PM controlava a demanda médico-hospitalar, os dados epidemiológicos, normalizava a formação médica que subordinava a prática médica. A administração médica distrital era subordinada ao plano central. Todas as suas ações tinham como objetivo executar políticas que pudessem controlar e prevenir doenças, ou seja, evitar adoecer. Na França, como na Alemanha, buscava-se o bem-estar público. O Estado criava asilos para crianças abandonadas e mantinha um sistema de amas-de-leite. Aos médicos cabia cuidar das crianças ricas, elaborando uma série de livros sobre educação, criação e medicação das crianças, criando-se um vínculo entre a mãe e o médico. Nessa lógica, a relação saúde/doença passa a ser a família, em que o Estado legisla, o médico ordena e a mãe executa. Isso tudo é claro para as famílias ricas. As famílias pobres tinham outra abordagem. Os franceses estavam preocupados com as cidades e a grande concentração de pessoas e os tipos de morar. Nessa época, criou-se o conceito de salubridade, reorganizando-se as cidades de forma a se evitar doenças, principalmente no recolhimento e tratamento de dejetos humanos, inclusive dos mortos, inclusive na água para beber e água dos esgotos. Buscava-se, assim, evitar-se que o meio ambiente afetasse negativamente os organismos, relacionando a causa das doenças com o meio em que se vivia. Chegava-se à higiene pública³⁴.

Em relação à visão social, o autor³⁴ expressa:

A industrialização dos países europeus favoreceu os movimentos migratórios do campo para as cidades, criando imensos bolsões de pobreza na periferia, sem as condições

sanitárias adequadas, levando ao surgimento de doenças, como tifo, cólera, associadas aos pobres. Na Inglaterra a Comissão da Lei dos Pobres, chegou às seguintes contribuições conceituais/conclusões:

- conceito de ação preventiva, que se podia aplicar aos problemas de pobreza e doença;
- visão da relação íntima e cíclica viciosa entre doença e pobreza;
- concepção de que o estado do ambiente físico e social afetava a saúde para o bem ou para o mal;
- crédito de que rendimentos, prevenção de doenças, causação ambiental e ação de governo se entrelaçavam intimamente;
- constatação de que o destino de verbas necessárias para adotar e manter medidas de prevenção seria, no final das contas, menor que o custo das doenças ora constantemente geradas. (ROSEN, 1994 apud Cutolo ³⁴).

Nesse período (1848) surgiu o conceito de Medicina Social, em vários países da Europa, e os governos passaram a buscar suprir as condições necessárias para dar saúde para as populações, e consideravam isso como uma inequívoca responsabilidade do Estado. Aflora, nesta época o conceito de cuidado e a necessidade de se prover condições adequadas para a promoção da saúde e do combate à doença, e que tais condições são tanto sociais quanto médicas³⁴

E finalmente, da visão biológica³⁴:

Com a derrota dos movimentos sociais revolucionários no século XIX, a visão acabou se perdendo, obscurecida, também, pelas descobertas de Pasteur, Kock e Ehrlich, sobre a existência dos germes, como a causa biológica das infecções e das doenças. Assim, definitivamente, a causa social das doenças foi sendo esquecida, aliando-se a isso a conveniência do capitalismo industrial que agora não precisava se preocupar com os trabalhadores e os seus problemas de pobreza e doenças. A complexidade da medicina que surgiu nessa época, elevada agora ao *status* de científica, com grande atraso em relação às demais áreas da Ciência, deveu-se, presume-se, à necessidade de se entender as ciências naturais antes de efetivamente a medicina ser considerada uma disciplina científica. Nessa mesma época, desenvolveu-se a teoria da célula, e de que os corpos vivos eram colônias de células, e que as atividades dos organismos eram conduzidas por reações químicas complexas e em equilíbrio. O microscópio e os laboratórios vieram a agregar novas áreas ao conhecimento médico, como a genética, a parasitologia, os raios-X, além da anatomia e da cirurgia. Todos estes avanços foram úteis ao capitalismo emergente, pois escondiam as diferenças de classe e as suas contradições em relação à saúde e doença e ao mesmo tempo permitia atuar de forma limitada em relação aos problemas de saúde. A medicina deixou de

ocupar-se com os problemas sociais que levavam às doenças e concentrar-se somente nas doenças³⁴.

Além do histórico tocante a visão do processo saúde-doença, insiro também para posterior referência um histórico de como evoluiu a organização dos serviços de saúde no mundo ocidental.

As bases doutrinárias emergem na segunda metade do século XVIII na Europa, em um processo histórico de disciplinamento dos corpos e constituição das intervenções sobre os sujeitos (Foucault, 1963 citado por Almeida Filho²⁰). Com duas grandes forças, a Higiene circunscrita a esfera moral, produzindo discurso de boa saúde tentando legitimar um conjunto de normatizações e preceitos a serem seguidos individualmente e a Política Médica oriunda do papel do Estado de responsável por definir políticas, leis e regulamentos referentes a saúde coletiva, bem como fiscalizador de sua aplicação.

No século seguinte, nos países Europeus com a Revolução Industrial, e a organização da população em classes trabalhadoras e o aumento da participação política (especialmente Inglaterra, França e Alemanha) rapidamente incorporaram-se temas ligados a saúde nos movimentos sociais do período (vem desta época o movimento dito "Medicina Social" - Donnangelo, 1976 citado por Almeida Filho²⁰) que em suma dizia que política era a aplicação da medicina no âmbito social, curando-se os males da sociedade.

Já na Inglaterra e nos Estados Unidos, paralelamente constituiu-se o movimento do Sanitarismo que discursava sobre questões da saúde fundamentalmente baseada em aplicação de tecnologia e em princípios de organização racional para expansão de atividades profiláticas (saneamento, imunização e controle de vetores) destinados principalmente a pobres e setores excluídos da população³⁵. Este movimento teve um grande reforço com o advento do paradigma microbiano, e já chamado de Saúde Pública, se tornou hegemônico.

No início do século XX o *Relatório Flexner* resultou em redefinição do ensino e da prática médica, baseada no cientificismo, reforçando a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, preventivo e curativo. (White 1991 citado por Almeida Filho²⁰).

Conforme Arouca³⁶ este mesmo movimento ainda redefiniu o conceito de prevenção, o adjetivando de primária, secundária e terciária e terminou incorporando a totalidade da prática médica ao novo discurso. Mesmo permanecendo os Estados Unidos como a única nação dita industrializada que ainda não dispõe de um sistema universal de assistência à saúde.

Na Europa, paralelamente, os países que já dispunham de estruturas acadêmicas de longa tradição acabaram no pós-guerra por consolidar os sistemas nacionais de saúde de acesso universal e hierarquizados, e não foram muito impactados pela nova proposta estadunidense.²⁰

No Canadá, na década de 1970, o Relatório Lalonde definiu as bases de um movimento ideológico na saúde chamado Promoção da Saúde. E em conjunto com o conceito chinês dos médicos de pés descalços influenciaram este movimento mundialmente, em especial com Conferências Mundiais de Saúde como Alma Ata (1978) e Ottawa (1986) que tem com principais elementos: a) integração da saúde como parte de políticas públicas "saudáveis"; b) atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde; c) reorientação dos sistemas de saúde; d) ênfase na mudança dos estilos de vida.⁵

Na década de 1980, os estadunidenses desenvolveram programas acadêmicos levemente inspirados na promoção de saúde, indicando opção pela proposta mínima de mudança do estilo de vida para comportamentos considerados de risco (fumar, dieta, sedentarismo, etc.)²⁰.

Mundialmente por parte da ONU, a partir deste movimento de Ottawa iniciou-se o projeto Cidade Saudável, baseado no conceito de empoderamento, que seria dentre outras coisas, estruturar-se institucionalmente para poder promover saúde, havendo parceria da OMS e do Banco Mundial para desenvolvimento da promoção da saúde. (Paim e Almeida Filho³⁷).

Já para o resgate histórico dos movimentos de saúde em nível nacional, basearei-me nos textos de Pustai³⁸ e o texto Westphal e Almeida Filho³⁹.

Após o sistema do médico da corte, despontaram no Brasil as influências externas, especialmente a partir do Movimento chamado "Sanitarismo Campanhista", muito associadas à figura de Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Ribas dentre outros. Tal movimento foi praticado do final do século XIX até metade da década de 1960³⁹. Predominavam ações de saúde vinculadas ao Ministério da Justiça, incluindo desde controle de endemias e epidemias, à fiscalização de alimentos e controle de portos e fronteiras.

Paralelamente e após a assistência médica, a população era restrita às Santas Casas de Misericórdia e Assistência Médica Previdenciária, caixas de previdências, atenção médica vinculadas a empresas (como a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos ferroviários), aos ditos Institutos Médicos de cada categoria profissional (IAP's)³⁹.

Com o crescimento das ações de saúde pública e o aumento progressivo da população urbana é em 1953 criado o Ministério da Saúde, desvencilhando a saúde do Ministério da Justiça.³⁹

O Brasil ditatorial tinha como características "*a centralização político administrativa, e a tomada de decisões a cargo da tecnoburocracia, com exclusão da cidadania, o modelo assistencial dicotômico entre ações curativas e preventivas, o acesso não universal, e o financiamento privilegiado para a expansão dos serviços privados.*" Esse modelo conhecido como médico-assistencial privatista foi hegemônico até final dos anos 1970³⁸.

Com o processo de redemocratização do país, com o surgimento do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976 e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979 toma corpo a organização dos profissionais da saúde e do movimento popular na chamada Reforma Sanitária.

Em 1983 foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) como forte influência deste movimento sento a primeira tentativa de integrar as políticas de saúde até então pulverizadas em muitas instituições.

Com a oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a elaboração da nova Constituição em 1988 inaugura-se uma nova fase de participação social nas políticas públicas do Brasil. Em 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e com a Constituição, promulgada em 1989, a lei orgânica da saúde 8080/90 e outras leis, consolida a base legal para a criação do SUS.

Em 1994 ocorreu a implementação de Estratégia Saúde da Família como eixo central para promover a extensão de cobertura da população.

O SUS tem como diretrizes e características de seu modelo assistencial:

A universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e regionalização, descentralização, controle social, participação complementar do setor privado e recursos humanos. E embora tenha sido possível se obter importantes conquistas com o SUS, seus problemas e desafios ainda impedem uma estável consolidação do sistema.

6.1.3 Fatores que influenciam a saúde

Ao serem perguntados sobre como se obter boa saúde três entrevistados fazem referência a alguns recursos necessários para se ter saúde. Destacando-se: boa alimentação, descanso adequado, atividade física regular, viver bem, admirar as coisas, saborear, olhar, ouvir, curtir o que se tem, em qualidade e não em quantidade; bem como desfrutar de paz e felicidade. Dois outros colocam a necessidade de manutenção e de procedimentos para reabilitar a saúde porventura perdida.

Existe certa concordância entre os entrevistados e a literatura quanto às inúmeras áreas envolvidas para se ter uma saúde plena. Da carta de Ottawa, citada no documento sobre as cartas de promoção de saúde⁵ (que resume a manutenção e reabilitação da saúde citadas pelos entrevistados), destacamos que:

As condições e os recursos fundamentais para a saúde são:

- paz
- habitação
- educação
- alimentação
- renda
- ecossistema estável
- recursos sustentáveis
- justiça social e
- equidade⁵

Elementos semelhantes encontram-se nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, em especial a VIII que é uma das protagonistas na criação do Sistema Único de Saúde.

Os encontros internacionais centrados na promoção da saúde são um marco histórico na forma de entender saúde no mundo. Da Carta de Ottawa⁵, pode-se retirar que promoção de saúde:

É o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

É possível se observar da Declaração de Alma Ata, em 1978⁵:

- I. A conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde;
- III. A promoção e proteção da saúde da população é indispensável para o desenvolvimento econômico e social sustentado e contribui para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial.
- IV. A população tem o direito e o dever de participar individual e coletivamente na planificação e aplicação das ações em saúde;
- VII-1. A atenção primária de saúde é, ao mesmo tempo, um reflexo e consequência das condições econômicas e características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades;
- VII-3. Compreende, pelo menos, as seguintes áreas: a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes; a promoção da aptidão de alimentos e de uma nutrição apropriada; um abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, com inclusão da planificação familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas; a prevenção e luta contra enfermidades endêmicas locais; o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns; e a disponibilidade de medicamentos essenciais;
- VII-4. Inclui a participação, ademais do setor saúde, de todos os setores e campos de atividade conexas do desenvolvimento nacional e comunitário,

em particular o agropecuário, a alimentação, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros, exigindo os esforços coordenados de todos estes setores;

VII-5. Exige e fomenta, em grau máximo, a autoresponsabilidade e a participação da comunidade e do indivíduo na planificação, organização, funcionamento e controle da atenção primária de saúde.

E a Carta de Ottawa⁵ ainda incentiva a solidariedade entre as pessoas, comunidades e as nações, tendo como princípio geral: "a necessidade de encorajar a ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio ambiente natural."

Ainda do documento do Ministério da Saúde sobre as cartas de promoção de saúde⁵, se percebe valores deterministas de saúde. Como que se apenas o indivíduo sozinho tivesse "culpa" pelo seu estado de saúde isoladamente, uma vez que ele seria responsável por aderir ou não a um "estilo de vida saudável, colocado como "normal" e propagado pelo movimento de saúde mundial.

6.2 Cuidado

O médico cuida sem saber que cuida. Talvez porque desconheça a terminologia. Na pesquisa realizada, dois médicos declararam ter dificuldades com o conceito. Onde um deles por várias vezes dizia não entender a pergunta, mas quando deparado frente a situações concretas de seu cotidiano revelou ser um cuidador, que se envolve com seus pacientes, busca resolver os problemas deles, mesmo com ações extraordinárias (hegemonicamente falando) para um médico. Ele insistia muito com o que chamava de "Pacientes Problema" categoria, aliás, em que é o único protagonista. O mesmo médico diz ter sido a primeira vez que ouviu a terminologia associada a médicos, o que concorda em parte, a chamando de nova. E a outra médica também se revela uma boa cuidadora, o que pode ser ilustrado com sua fala: "*...não sou muito carinhosa, mas sou atenciosa*".

Tal existência de prática, mesmo desconhecendo o conceito, deve estar associada ao fato de que outras concepções semelhantes não sejam novidade no meio médico-acadêmico. E por estarem pautando a tempo o senso comum médico acaba influenciando a prática do cuidado em saúde dos entrevistados mesmo sem ser a mesma terminologia.

O desconhecimento da terminologia deve-se em parte por ser Cuidado um termo que historicamente esteve mais ligado à enfermagem. Foi assim desenvolvido pelo e para os enfermeiros. Mas que ao longo do tempo acabou sendo incorporado por outras profissões da saúde. Porém, por mais que teoricamente não se conheça o conceito, a maioria dos médicos

tem alguma experiência com conceitos semelhantes como "Relacionamento Médico-Paciente" e "Humanização da Medicina ou da Saúde". Embora possa haver diferenças entre tais conceitos.

A literatura pesquisada também enfatiza a importância da relação médico-paciente, embora faça inicialmente uma dura crítica sobre seu estado atual.

Em *O Nascimento da Clínica*, Foucault²⁵ descreve como, com a descoberta da anatomia patológica, o interesse médico foi se voltando cada vez mais para as estruturas internas do organismo, na busca de lesões que explicassem as doenças, e como, com isto, a importância do sujeito foi se tornando cada vez mais secundária. O lugar do indivíduo passou a ser o de portador de lesões, estas sim vistas com interesse e positividade pelo médico.

O encontro do médico com o doente ocorre unicamente na medida em que este é portador de uma lesão inscrita no interior do seu corpo, identificada não a partir de sua percepção, mas em função de uma norma exterior a ele. Portanto, a relação ocorre entre o médico e a doença do sujeito, independentemente do sujeito da doença⁴⁰.

Clavreul 1983 citado por Fernandes⁴⁰ sugere que também o médico é submetido a uma redução, colocando-se essencialmente enquanto o porta-voz da instituição médica, cujos conceitos e legitimidade é obrigado e convencido a defender.

Deste ponto de vista, a Relação Médico-Paciente torna-se, na realidade, a relação entre a instituição médica e a doença, não existindo espaço para a presença subjetiva, isto é, para o sujeito do médico e o sujeito do paciente. A expressão consagrada por Ballint⁴¹ ao descrever o que ocorre na assistência médica como um “conluio do anonimato”, onde a responsabilidade pelas condutas adotadas é diluída por encaminhamentos e opiniões de especialistas. Outro exemplo interessante é a questão dos prontuários médicos, cuja função teórica seria a de registrar os dados de interesse do paciente. Na prática, entretanto, servem muito mais como um documento onde o médico presta contas à instituição e deste modo, se defendendo legal e eticamente de qualquer eventual acusação. Análise semelhante poderia ser feita acerca dos receituários médicos: não importa se o paciente pode ou não comprar o medicamento, mas apenas que a prescrição esteja tecnicamente correta e salvasse, deste modo, a boa reputação do profissional no seu meio.

Gramsci citado por Fernandes⁴⁰ analisa como as classes sociais produzem seus intelectuais orgânicos — aqui incluindo-se os médicos como “comissários do grupo dominante para o exercício de funções subalternas da hegemonia social”. A prática médica coloca-se, portanto, como um instrumento de consenso/coerção, assegurando a manutenção de uma determinada hegemonia de classe. Como refere Luz (1986), citado por Fernandes⁴⁰

“reduzir a saúde à ausência relativa de doença, a programas médicos curativos ou preventivos, tem sido, no modo de produção capitalista, a forma política de eludir o problema das condições de existência nele vigentes”.

A Relação Médico-Paciente pode ser entendida, neste sentido, como uma relação de dominação da ordem médica sobre a sociedade, e de dominação do estado sobre as classes não-hegemônicas. Um dos instrumentos que exemplificam esta dupla dominação é a linguagem utilizada pelos médicos. Outro instrumento essencial a este projeto é a medicalização, que, além de atender aos interesses do complexo médico-industrial, consubstancia a supremacia do conhecimento médico e a dependência do paciente. Para ampliar este projeto de hegemonia, a ordem médica busca, continuamente, substratos científicos para sujeitar os mais diversos campos da vida a seus preceitos, transformando as pessoas em doentes em potencial, ou suspeitos, à revelia do que elas sentem de si mesmas.⁴⁰

A tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa – encontrar as origens da doença e do sofrimento, com este conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor, e ao mesmo tempo, revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo. (Cassel, 1991 apud Caprara ⁴²).

Caprara e Franco⁴² citando vários autores comentam que a humanização da medicina, em particular da relação do médico com o paciente, para o reconhecimento da necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento do paciente. Esta proposta, em relação a qual várias outras convergem, aspira pelo nascimento de uma nova imagem profissional, responsável pela efetiva promoção da saúde, ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social, e não somente de um ponto de vista biológico (Cassel, 1982; Hahn, 1995; Wulff et al., 1995).

Continuando seu compilado de vários autores Caprara e Franco⁴², a relação médico-paciente tem sido focalizada como um aspecto chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e desdobra-se em diversos componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação (Ardigò, 1995), tratados através de temas como o grau de satisfação do usuário do serviço de saúde (Atkinson, 1993; Williams, 1994; Gattinara et al., 1995; Dunfield, 1996; Rosenthal & Shannon, 1997), o *counselling* – o aconselhamento (Bert & Quadrino, 1989), a comunicação médico-paciente (Branch et al., 1991; WHO, 1993), o sofrimento do paciente e a finalidade da biomedicina (Cassel, 1982, 1991) e o consentimento informado (Santosuosso, 1996).⁴²

Seriam fatores limitantes da relação médico-paciente:

o aprendizado centrado no diagnóstico e tratamento de doenças, principalmente em sala de aula e no contexto hospitalar; oportunidades insuficientes de interagir com a comunidade para compreender sua cultura e seus determinantes saúde-doença; a não valorização de atitudes voltadas às necessidades do ser humano, no processo de ensinar-aprender a interação médico-paciente.⁴³

A autora⁴³ continua ao dizer que "aprender a trabalhar com a subjetividade é fundamental para o desenvolvimento de uma relação médico-paciente construtiva, o que vem a definir a qualidade da prática médica".

Balint (1988 apud Grossemann ⁴³) diz que o médico é o remédio mais usado e possui posologia, toxicidade e efeitos colaterais.

Guareschi apud Grossemann ⁴³ comenta que o contexto histórico social interfere nas relações humanas no qual eles estão inseridos. Se o contexto é individualista ou totalitário ocorre descaso quer por quase ignorar o "outro" ou por "coisificá-lo". Sendo que estabelece como para uma "relação construtiva" deve valorizar e respeitar o "outro" em sua identidade. Tornando-o importante para si.

Videla apud Grossemann ⁴³ ressalta que o paciente está vulnerável ao médico e tem anseio desejo de solidariedade devido sua fragilidade por estar enfermo. Sendo que se o médico souber honrar este sentimento de cumplicidade do paciente, poderá ajudar o paciente a instalar um processo interno de cura.

A humanização é um movimento que parece, à primeira vista, como busca de um ideal, pois, surgindo em distintas frentes de atividades e com significados variados, segundo os seus proponentes, tem representado uma síntese de aspirações genéricas por uma perfeição moral das ações e relações entre os sujeitos humanos envolvidos. Cada uma dessas frentes arrola e classifica um conjunto de questões práticas, teóricas, comportamentais e afetivas que teriam uma resultante humanizadora ⁴⁴.

Nos serviços de saúde, se traduz em diferentes proposições:

Melhorar a relação médico-paciente; organizar atividades de convívio, amenizadas e lúdicas como as brinquedotecas e outras ligadas às artes plásticas, à música e ao teatro; garantir acompanhante na internação da criança; implementar novos procedimentos na atenção psiquiátrica, na realização do parto – o parto humanizado e na atenção ao recém-nascido de baixo peso – programa da mãe-canguru; amenizar as condições do atendimento aos pacientes em regime de terapia intensiva; denunciar “mercantilização” da medicina; criticar a “instituição total” e tantas outras proposições.⁴⁴

Compilando alguns trabalhos publicados nas revistas científicas da área de saúde constatam-se algumas direções fundamentais dessa preocupação com a humanização e

satisfação do usuário: ora aparece com uma noção de amenização da lógica do sistema social, centrado sobretudo numa crítica à tecnologia e como tentativa de criar um “capitalismo humanizado”; ora como a busca de uma essência humana perdida, ou seja, como um movimento de restauração moral; ora como uma negativa existencialista da realidade concreta, imaginando uma autonomia das emoções e afetividades individuais da *práxis* humana; ora como processo de organização institucional que valoriza a escuta no ato assistencial; ora como valorização de direitos sociais. Uma das características mais expressivas desse movimento na área da saúde, sobretudo nas considerações sobre a prática médica, é crítica à tecnologia.⁴⁴

Essa discussão, sem a devida articulação com a evolução das relações sociais, sem a presença da concepção da totalidade concreta, dos interesses, das classes sociais, da cultura, do Estado moderno, não consegue ultrapassar uma saúde idealizada, uma inconformada racionalidade religiosa perdida. A novidade característica da humanização/satisfação radical é, portanto, a possibilidade de abrir a organização para o cidadão indo além da mensuração de graus quantitativos de satisfação, incorporando a opinião e reivindicações da população neste processo de mudanças e contribuindo para uma tomada de consciência mútua dos profissionais e cidadãos de novas finalidades e projetos comuns para a saúde ⁴⁴.

Entendo que relação médico-paciente com sendo algo mais restrito a aspectos relacionais e afetivos, o humanismo, pouco mais amplo, estende-se até programas, projetos, instituições não atingindo a questão cidadã e de transformação social que pode ter o cuidado.

6.2.1 Conceitos de cuidado em saúde

Já especificamente sobre cuidado em saúde apareceram na pesquisa sete conceitos diferentes sobre cuidado. Esta concepção é também bastante ampla e dinâmica, tal qual foi saúde. Existindo tanto cumplicidade, quanto complementaridade com o que foi encontrado na literatura considerando os diversos autores e entrevistados.

Madeleine Leininger⁴⁵, enfermeira pioneira na teorização do cuidado, principalmente a partir da década de 1950, em vários trabalhos, iniciando com a percepção de que as crianças que cuidava em um "orfanato" queriam ser cuidadas de forma diferentes, e ao atribuir como algo fundamental para tal diferença o fator cultural, iniciou a desenvolver o "Cuidado Transcultural". O que mais tarde veio a se somar a uma "Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado".

A autora considera que o cuidado é inerente ao ser humano, em todos os tempos, todas as fases de sua existência e de todas as culturas (o que também aparece nas entrevistas). Respeitando cada cultura de "acordo com o seu ambiente e estrutura social, pois cada um terá sua própria visão de saúde, de doença e de cuidado"⁴⁶

Jean Watson⁴⁷, em seus estudos sobre o cuidado, a partir da década de 1970, desenvolveu a teoria do Cuidado Transpessoal, no qual a autora entende que o cuidado é algo mais holístico⁴⁸ exercido pelo profissional de saúde (no caso o enfermeiro) é algo mais relacional, preocupado com a totalidade do ser humano e seu ambiente e da influencia consciente e intencional do profissional de "entrar" na totalidade do seu paciente (incluindo conceitos fenomenológicos, de interação com outras pessoas e até mesmo no íntimo do ser humano, como alma e espírito) para desta forma transcender o momento da doença, do adoecer e da patologia e centrar-se no indivíduo e no cuidado a ele.

Para Mayeroff citado por Bobroff⁴⁹ a pessoa que

[...] cuida está com a outra pessoa, ou seja, está no mundo da outra pessoa que é merecedora de cuidados. Envolvem uma contínua, mútua aprendizagem e crescimento através da relação de cuidado. Cuidar é estar aberto para si e para o outro, respeitando-o percebendo se o cuidado ajuda ou impede o crescimento dentro de seu próprio ritmo.

Para Mayeroff citado por Maia⁴⁸ cuidado ajuda o outro a crescer e a auto-realizar-se, além de dar dignificado a sua própria vida. O cuidado, sob este ponto de vista se desenvolve de vista se desenvolve entre indivíduos através de uma experiência relacional que engloba responsabilidade, não no sentido de obrigação, mas de um compromisso para consigo e com o outro. Este compromisso (encontro) propicia a um ser estar com o outro ser e ambos se desvelam. Sendo que a dedicação é fundamental para o cuidado, quando acaba a dedicação acaba o cuidado.

Para o autor o cuidado inclui o conhecimento explícito e o implícito, saber o que e saber como, o conhecimento direto e o indireto, todos relacionados com as várias maneiras de ajudar o outro a crescer.

Em seu livro "Saber cuidar: a ética do humano" Leonardo Boff⁵⁰ argumenta que cuidar é mais que um ato: é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. É o que se opõe ao descuido e ao descaso.

Merhy² classifica o ato de cuidar como sendo a "alma dos serviços de saúde". No qual, como num paralelo entre o trabalho no campo da saúde e da religião (igreja), como que querendo caracterizar o título, aproveita toda a "profundidade" que tem o termo "alma" para

dar a noção do que considera ser o cuidado para a saúde. E continua diferenciando o objeto de objetivo, o mostrar que o objeto (algo mais processual) como sendo (para a religião/igreja) a produção de práticas e crenças, que atingiriam a salvação (objetivo final). Sendo que o cuidado seria o processo gerado, o objeto do trabalho em saúde, tendo como objetivo a cura e/ou a promoção e/ou proteção da saúde.

Grosseman e Patrício¹² comentam que o cuidado transcultural está voltado para o cuidado da saúde do ser humano, na área da antropologia. Elas chamam a atenção para o "cuidado humanizado", demonstrando a importância de se considerar, na assistência, o ser humano em sua integralidade, diversidade e unicidade, contemplando suas crenças, seus valores, conhecimentos e suas práticas de saúde, o que se expressa pelos componentes do care-caring (cuidar-cuidando).

Patrício⁵¹, unindo epistemicamente Leininger e Gramsci, de uma certa forma faz críticas pretendendo estender o conceito de Leininger:

O cuidado (segundo Leininger) deve ser cultural ou seja, deve respeitar crenças, valores e práticas dos indivíduos, e que quando esse cuidado tivesse que ser saúde e doença e no cuidado cultural ... apenas estas idéias não bastavam para fundamentar o marco porque suas idéias não contemplavam os recursos do homem (suas possibilidades) e não deixavam transparecer a importância do homem na determinação da "estrutura social". Com sendo o cuidado cultural insuficiente para tornar o homem crítico, participante e transformador no seu processo de viver, incluindo saúde-doença. Como se o cuidado não fosse capaz de intervir além do próprio corpo. E priva ao (cuidador) a qualidade de crítico e de intencionalidade na prática.⁵¹

Patrício⁵² continua esta fusão epistêmica ao citar Gramsci dizendo que para este o "homem deve ser concebido com uma série de relações ativas (um processo), no qual se a individualidade tem a máxima importância, não é todavia o único elemento a ser considerado. A humanidade que se reflete em cada indivíduo é composta de diferentes elementos: 1. o indivíduo; 2. ou outros homens; 3. a natureza." Sendo que o homem entra em relação com a natureza por meio de ações ativas e conscientes, pelo trabalho e pela técnica. Ainda destaca que a capacidade associativa do homem potencializa sua capacidade de modificar o ambiente a sua volta. Entendendo como ambiente "o conjunto de relações (complexas) de que o indivíduo faz parte".

Desta forma entendo que Patrício^{1,51,52} avança do processo de cuidar-cuidando sócio-cultural até culminar com seu novo referencial do cuidado holístico-ecológico. No qual tenta unir o entendimento da totalidade do ser humano, seu conceito sócio-histórico-cultural

considerando ainda sua potencialidade associativa para mudança de seu ambiente e construção da saúde (cuidado-cidadão).

6.2.2 Fatores que influenciam o cuidado

Para mim o conceito de cuidado em saúde seria algo simples, porém com uma grande abrangência. Seria toda ação realizada pelo cuidador destinada a suprir a necessidade em saúde de quem é cuidado, seja este um sujeito individual ou coletivo (**Figura 8**).

Minha opinião coincide parcialmente com a de Mayeroff citado por Maia⁴⁸ que diz que ter o conhecimento para cuidar implica na idéia de que é imprescindível conhecer as necessidades da pessoa a ser cuidada e responder a elas apropriadamente.

Muitas vezes nas entrevistas emergiam falas de que o cuidado do médico vai até onde o paciente precisa, ou até onde ele pede, ou (acrescentaria eu) até onde ele necessita.

Embora não tenha sido explicitado pelos entrevistados como o médico poderia saber esse "precisar", "pedir" ou mesmo "ser necessário" do paciente, encontra-se na literatura algumas pistas importantes.

Começando com uma tentativa de definir necessidade em saúde, Stotz⁵³ (1991) reconhece que, se as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas, elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual. Outra indicação do autor é que seria quase inevitável à adoção de alguma taxonomia de necessidades de saúde, "ou seja, de que se deva utilizar um conceito normativo (de necessidade de saúde) que seja traduzível em descritivo e operacional (...). Por outro lado, o conceito descritivo e operacional precisa ser reconceitualizado para poder exprimir a dialética do individual e do social" .

Leopardi⁵⁴ (1992), em abordagem Marxista, considerou a satisfação das necessidades de saúde compreendidas como carências complexas, deve ser apreendida como um direito do cidadão e criticou a interpretação de necessidade social como generalidade que subordina as diferentes necessidades dos indivíduos. Concluiu que para alcançar cidadania é preciso assegurar aos indivíduos a satisfação de suas necessidades compreendendo-as como direito.

Mendes Gonçalves⁵⁵ (1992) defendeu que as necessidades em saúde não são naturais iguais, pois desiguais são a distribuição e o consumo de produtos do processo de trabalho médico, essas necessidades foram historicamente configurando diferentes objetos de trabalho a depender do modo de produção predominante nas formações sociais.

Doyal e Gough⁵⁶ (1991) propuseram-se a explicitar o conceito de necessidades apoiando-se na idéia de que o objetivo final dos seres humanos é participar plenamente da sociedade e para isso devem ter satisfeitas suas necessidades básicas.

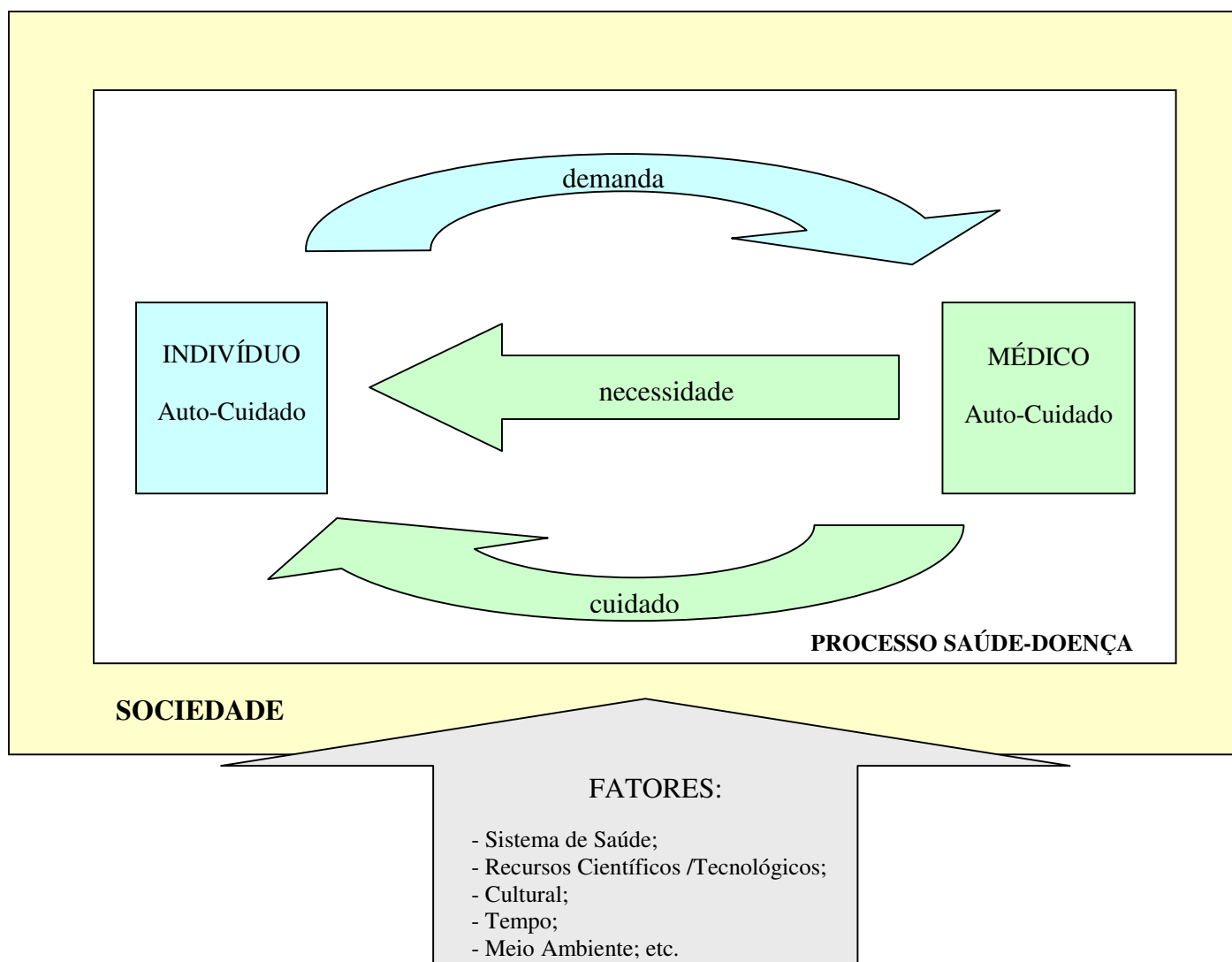


FIGURA 8 – Da necessidade ao cuidado

Iunes⁵⁷ (1995) discutiu a diferença entre os conceitos de necessidade e demanda, ressaltando a inadequação da adoção acrítica do instrumental econômico tradicional na definição de demanda em saúde. Definiu então necessidade em saúde com sendo aquela quantidade de serviços médicos que a opinião médica acredita deva ser consumida em um determinado tempo para que as pessoas possam permanecer ou ficar tão saudáveis quanto seja possível segundo o conhecimento médico existente. A demanda estaria centrada na própria estrutura de preferências do usuários dos serviços. Salienta que o conceito de demanda não

leva em consideração a distribuição de renda, sendo portanto pouco equitativo. Por esta razão o conceito de necessidade o complementa, pois seria mais igualitário.

Para Matsumoto ⁵⁸ (1999) necessidade em saúde é definida como necessidade de boas condições de vida, necessidade de garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação), necessidade de autonomia e auto-cuidado na escolha de "*andar a vida*" (construção do sujeito).

Para Piccini e cols. ⁵⁹ considera-se necessidade de saúde:

todo o problema humano com dimensão biológica, psicológica e/ou social, passível de ser compreendida e significada pela medicina e de se beneficiar do ato médico.

De modo ilustrativo, identificam-se algumas necessidades universais dos seres humanos, relativas à concepção, nascimento, crescimento, proteção de enfermidades passíveis de prevenção, educação, educação para a saúde, trabalho, reprodução, acesso aos cuidados de saúde, conforto e alívio de sofrimentos, cuidado quando doente, suporte imediato à vida e acompanhamento ao morrer

Segundo Dussault e Souza ⁶⁰ (2000) existem duas formas de organização dos serviços de saúde. A organização em resposta às demandas e em resposta às necessidades.

A primeira é característica do modelo tecno-assistencial essencialmente individualista e curativista, consequência da organização de práticas a partir da demanda direta dos usuários que tornam a iniciativa de procurar os estabelecimentos para consumir serviços e restabelecer a saúde. Essa abordagem cria problemas de eficiência e de equidade, uma vez que é influenciada por dificuldades que não as atinentes às condições de saúde, mas que afetam o acesso aos serviços de atenção à saúde.

A organização de serviços cuja finalidade é a satisfação de necessidades de saúde propõe-se mais eficiente e mais equitativa e "parte da premissa que a utilização de serviços apropriados é capaz de produzir impacto positivo na situação de saúde da população". Essa abordagem pressupõe as complexas tarefas de definição, priorização e monitoramento das necessidades de saúde (Dussault, Souza, 2000)⁶⁰.

Relacionando o tema Necessidade de Saúde com o objeto deste trabalho, o Cuidado em Saúde, Oliveira Cecílio⁶¹ (2001) refere que as necessidades de saúde são a base para as pessoas que buscam cuidar. Utilizando estas necessidades como referencial para a prática do cuidado.

Ele⁶¹ acredita que as necessidades de saúde podem ser compostas por quatro grandes conjuntos: O primeiro é ter "boas condições de vida", pois a maneira como se vive é determinante no processo saúde-doença, como por exemplo, água tratada, moradia e hábitos

de higiene. O segundo conjunto é “a necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida”. O terceiro conjunto de necessidades diz respeito à criação de vínculos entre o paciente e o profissional médico e equipe de saúde (relação de confiança). “O quarto e último conjunto diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”⁶¹.

Cabe à equipe de profissionais da saúde ter sensibilidade e preparo suficientes para reconhecer e atender da melhor forma possível o paciente que chega carregando uma “cesta de necessidades de saúde”. Assim, diz Cecílio ⁶¹,

... a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual.

Somente uma equipe de saúde multiprofissional, trabalhando focada no objetivo da integralidade do atendimento, somando conhecimentos e práticas individuais, poderá fornecer a integralidade de atenção capaz de reconhecer e suprir da melhor forma possível, as necessidades de saúde de cada paciente.

Mesmo assim, a integralidade nunca será plena, diz Cecílio⁶¹ (2001), em qualquer serviço de saúde, com qualquer equipe de profissionais, porque há uma interdependência de outros serviços e outros setores. “Precisamos deslocar nosso foco de atenção da “atenção primária” como lugar privilegiado da integralidade. Aliás, integralidade não se realiza nunca em um serviço: integralidade é objetivo de rede”.

Cecílio⁶¹ (2001) ressalta ainda, que “uma consulta médica, por mais especializada que seja, não pode deixar de fazer uma certa escuta de outras necessidades do paciente que vão além da demanda “referenciada” que o traz ao consultório”. Ele relata que na prática, o profissional médico trabalha de forma muito pontual, utilizando os recursos disponíveis, sem com isto conseguir atender o paciente de forma integral ideal.

Outro fator a ser considerado é o da equidade. Conceituando equidade, Cecílio⁶¹ cita Malta (2001, p.135-136), “é a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas (...)”. A forma tradicional de minimizar a iniquidade são as políticas de saúde implementadas pelo Governo.

Para Cecílio⁶¹ (2001), “mil possibilidades de escuta se abrem quando o conceito de necessidade de saúde é incorporado pela equipe”.

Como uma das mais fortes influências ao cuidado em saúde desponta dos entrevistados a formação médica. Eles ressaltaram a importância de se extrapolar a dimensão biologicista da educação médica atual. Redesenhando o atendimento dos especialistas para que sejam melhores cuidadores.

Trazendo à tona um pouco do resgate histórico já feito acima, para se entender melhor o passado para poder entender o presente. A educação e prática médicas sofre influência direta das alterações históricas da percepção humana sobre o que seja o processo saúde-doença e a evolução histórica da medicina.

O mundo ocidental ao passar pelas mudanças de visão sobre o processo saúde doença (higienista, social e biológico) teve como visão hegemônica a biologicista. Especialmente após o *Relatório Flexner* nas primeiras décadas do século XX. Com os acontecimentos seguintes, de organização dos serviços nacionais de saúde na Europa, as mudanças nos cenários locais e mundiais do setor saúde, em especial do movimento da promoção de saúde iniciou-se também movimentos de reformas curriculares.

Gallo⁶² destaca que:

... no bojo dessas reformas, percebe-se: associação indireta entre políticas de saúde e perfil dos médicos recém-formados e pouco acúmulo teórico metodológico para descrever, propor e implementar mudanças nos processos que mantêm o paradigma flexneriano. A ação prática destas correntes limitaram-se ao 'remanejo das disciplinas e/ou carga horária'.

Desta época iniciam-se uma série de experiências como as da Rede Uni e Ida (Uma Nova Iniciativa na Saúde e Iniciativa Docente Assintencial) e um processo de avaliação e proposição de mudanças que foi o Projeto Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM, formado por entidades representativas do corpo discente, gestor, docente e da categoria médica.

Gallo⁶² também resume a ampla avaliação que consta no relatório da Segunda Fase do Projeto CINAEM:

a infra-estrutura sucateada e inadequada, oferecendo condições de trabalho insatisfatórias. Os profissionais técnicos de apoio são mal remunerados e em número insuficiente. Há escassez de recursos financeiros. O planejamento e execução orçamentários são deficientes. O processo de gestão é burocrático e ineficiente, sem perspectiva estratégica e continuidade. O planejamento e avaliação das ações é deficiente, dificultando a operacionalização de mudanças. A cultura organizacional caracteriza-se pela resistência a mudanças, pela ampla aceitação do modelo tradicional e pela pouca avaliação das Escolas Médicas Brasileiras. Em relação à participação e envolvimento, constata-se o baixo interesse e comprometimento de alunos e professores em relação à discussão e

solução dos problemas da escola e do ensino médico. Há pouco diálogo político e baixa integração entre os diversos segmentos da comunidade acadêmica. Baixo envolvimento da comunidade nas decisões; dissociação entre as instâncias de gestão da faculdade; não integração das instâncias decisórias dos serviços com a faculdade; gestão centralizadora; inversão: prioridades x planejamento; projetos de gestão pouco explicitados; grupos dirigentes não comprometidos com processos de mudança; pouca responsabilidade; impunidade de alguns setores; dificuldade de implementar a democracia; interesse político individual; clientelismo; não críticos, não criativos, sem flexibilidade e sem plasticidade; gestor não capacitado; não profissionalização do docente; contorna problemas “apaga incêndios”; excesso de burocracia; organograma vertical; dificuldade de articulação/parceria com o SUS; o grande poder da disciplina; titular vitalício de disciplina; desvalorização da educação médica (atividades de ensino); processo de seleção atual (vestibular); formação de pseudo-generalista com déficit cognitivo e de habilidades; médico pouco adequado às necessidades sociais; não há avaliação que alimente e reformule a gestão; orientações contraditórias do MEC; desmotivação docente; restrições para a gestão dos recursos (financeiros, humanos) nas escolas públicas; custos X benefícios: relação com outra lógica; descompasso entre projeto da escola X orçamento X execução orçamentária; defasagem : orçamento X financeiro.⁶²

Lampert⁶³ em sua tese de doutorado avaliou as tendências das mudanças em 22 escolas médicas brasileiras que estavam em momento de reforma curricular e chegou à conclusão de que: 18,2% das escolas têm mudança dita avançada; 13,6% com tendência avançada de mudança; 50% com tendência tradicional e 18,2% de mudanças tradicionais.

Com a legitimação das conquistas do movimento de transformação das escolas médicas (em especial a Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM, todo o processo CINAEM, enquanto existiu, e a rede UNIIDA - Uma Nova Iniciativa e Iniciativa Docente Assistencial) na edição das Diretrizes Curriculares de Medicina, e a parceria Ministério da Educação e Ministério da Saúde para regulamentar a ordenação dos recursos humanos em saúde foi criado o PROMED - Programa de Incentivo as Mudanças Curriculares de Medicina - parceria do Ministério da Saúde, OMS e Organização Panamericana de Saúde., que atualmente está sendo substituído pelo PROSAÚDE (que além de medicina engloba outros cursos da área da saúde) foram fatores motivadores e promotores de novo ciclo de mudanças em muitas escolas médicas pelo país. Em geral com uma reaproximação com a Saúde Pública e com a rede básica de saúde, bem como momentos de interação com a comunidade, tentativas de integração dos ciclos básico e clínico, redução da carga horária regular curricular e reorientação dos currículos às necessidades em saúde.

Sendo que em muitas avaliações percebeu-se a permanência de muitos problemas anteriores e outros oriundos da não adequação do quadro docente e estrutura didático-pedagógica-administrativa as novas propostas^{64,65}

Da Ros⁷ salienta que existem hoje muitos agentes, entre gestores do sistema de saúde e dirigentes das escolas médicas que estão convencidos da necessidade de mudança. Mesmo que contra a ideologia hegemônica.

Citando Chauí, Da Ros⁷ coloca como sendo ideologia:

Ideologia não é sinônimo de subjetividade oposta à objetividade (...) não é um pré-conceito nem pré-noção, mas um “fato” social, justamente porque é produzida pelas relações sociais (...) possui razão muito determinada para surgir e se conservar (...) é uma produção de idéias por formas históricas determinadas das relações sociais.

O autor⁷ busca também em Gramsci o conceito de hegemonia:

... a forma como o poder dominante se mantém. Mas isso não significa homogeneidade. Dialecticamente, há que pensar na construção de um contra-poder: noutra forma de pensar, que luta contra aquela e que desnuda a vida real dos homens.

Citando Almeida o autor⁷ busca relacionar quaisquer mudanças sociais como sendo determinadas por fatores econômicos, não fazendo exceção a transformação da medicina.

Ainda Da Ros⁷, comenta que as mudanças sociais e culturais são lentas e as mudanças na prática e na escola médicas são especialmente vagarosas. Ele coloca como existindo três níveis de dificuldade para mudança:

- a) Estruturais externas - as que envolvem o capitalismo internacional e nacional. Da organização Internacional do Comércio ao complexo médico-industrial. As do governo, como a estrutura do MEC, a lógica do Ministério da Ciência e Tecnologia;
- b) Estruturais internas - dependentes do contexto social: como se constrói um estilo de pensamento;
- c) Conjunturais - GED (gratificação das universidades federais); não-contratação de mais professores; professores que não acreditam em educação; falta de disponibilidade horária para reuniões; não haver dedicação exclusiva; a estrutura dos guetos departamentais; a não-prática acadêmica; a separação básico-profissionalizante; o reconhecimento de liderança para chamar uma reunião só se for do “seu time”.

O docente padrão da ideologia hegemônica⁷ tem sua maior rentabilidade com a prática médica liberal e de status como professor, ridiculariza outras práticas e deseja aproveitar o fascínio da tecnologia sobre os “alunos” para propagar sua forma de pensar e praticar a medicina, mesmo que muito de seu conhecimento seja oriundo de mera repetição (nem sempre consciente e consistente) de práticas.

Conclui o autor⁷ que mesmo que a mudança seja lenta, e o número de envolvidos seja inicialmente poucos o trabalho de “desestabilizar as “verdades”” deve continuar sendo feito.

Assim complementa a literatura pesquisada a percepção dos entrevistados quanto a influência da formação médica sobre o cuidar. Destacando que não apenas a graduação foi citada pelos médicos entrevistados, mas também as especializações e pós - graduações.

Para alguns médicos quanto mais especializado o cuidado menor o cuidado exercido, por ser mais fragmentada a atenção.

Para Feuerwerker⁶⁶ a residência médica passou a ser definida como “modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, em nível de especialização, caracterizada por treinamento em serviço sob supervisão, em regime de dedicação exclusiva, em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”.

Ela comenta que ninguém sabe nada sobre a real necessidade de especialistas, nem sobre sua absorção pelo mercado, mas isso não tem sido obstáculo para a abertura de novos programas. Nada disso tem conseguido se converter em estímulo suficiente para provocar uma reflexão a respeito da irracionalidade de como é feito todo esse investimento em formação especializada.

Para a autora⁶⁶ há imensas contradições pelo fato da residência funcionar como complementação da formação médica (técnica médica) deficiente. Ela defende que seja estendido a especialização o movimento de reforma que existe na graduação em medicina. e que um dos níveis centrais da "crise da educação médica" é a necessidade de modificar a relação dos médicos com outros profissionais de saúde. Dizendo ainda que as propostas de residência multiprofissional embora seja uma tentativa de se solucionar esta questão, ainda existem muitas dificuldades para realmente atingir seu potencial (com o que concorda um dos entrevistados).

Campos et al ⁶⁷ aproximando-se mais do relato dos entrevistados comenta que

a fragmentação do trabalho médico em múltiplas especialidades tem dificultado o diagnóstico e a instituição de terapêuticas em tempo hábil. Em decorrência, multiplicam-se os encaminhamentos e a realização de exames complementares injustificados. Ainda não se encontrou diretrizes práticas que atenuassem estes efeitos inevitáveis da incorporação de novas especialidade aos sistemas de saúde. Quer nos países desenvolvidos, quer em outros mais pobres, constata-se tanto um declínio da eficácia dos serviços de saúde, quanto um outro efeito deletério que se convencionou denominar de elevação crescente dos custos em saúde.

Complementa como dificuldades da especialização frente às necessidades do SUS, de por algum motivo existe tendência dos profissionais gerais de encaminhar aos especialistas a maioria dos casos de patologias que anteriormente ao surgimento deste serviço ele se

responsabilizava. Destacando ainda uma tendência de desaparecimento das especialidades mais gerais e a perda por parte dos especialistas de habilidades médicas básicas⁶⁷

O autor sugere como alternativa frente a estas disjunções básico-especialista:

...dividir a denominada Área de Competência de cada especialidade em dois espaços inclusivos: Um mais geral, denominado de Campo de Competência, que incluiria os principais saberes da especialidade-raíz e que, portanto, teria um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades. E um segundo, mais específico, denominado de Núcleo de Competência, que incluiria as atribuições exclusivas daquela especialidade; justificando, portanto, a sua existência como uma nova área. O campo de competência teria limites e contornos menos precisos e o núcleo, ao contrário, teria definições as mais delineadas possíveis.⁶⁷

O Ministério da Saúde em documento recente⁶⁸ começa a delimitar como será sua política de ordenação da formação de recursos humanos e incluindo nela a residência médica.

6.2.3 Diferença entre Cuidar e Curar

Referente a diferença entre Cuidar e Curar a literatura pesquisada concorda com os resultados encontrados. Sendo este também um assunto discutido em outras áreas, desde a concepção de cuidar até atitude frente a pacientes terminais.

6.2.4 Práticas do cuidado em saúde

Quanto às práticas do cuidado, muitas e variadas foram as falas dos entrevistados sobre o tema envolvendo desde aspectos relacionais, de afetividade, de atitudes, até questões de habilidades e procedimentos médicos que fazem parte do ato de cuidar.

A literatura consultada também é bastante eclética quanto ao que denominei prática do cuidado.

Boehs⁴⁷ resume a proposta de Leininger para o desenvolvimento do cuidado, "levando em conta o modo de vida e as crenças compartilhadas: preservação do cuidado, acomodação e repadronização". Sendo o primeiro os cuidados de manutenção, os já praticados por um indivíduo, família ou grupo. Não importando se são benéficos ou inócuos para saúde, aqueles feitos primariamente pelo indivíduo, sem participação do profissional de saúde, ou contato com o sistema profissional de cuidado. Já o segundo conceito é fruto inicial da interação com o profissional, envolvem ações e decisões para facilitar pessoas de uma determinada cultura para adaptar-se ou negociar com esses profissionais como será feito o seu cuidado. Já o último

item pode ser entendido como "ações e decisões que ajudam indivíduos, grupos a reordenar, alterar, trocar, refazer, em parte seus modos de viver, beneficiando os padrões de cuidado à saúde" ⁴⁷ (adaptado).

Watson⁶⁹ sugere como sendo integrante do processo do cuidado o desenvolvimento dos seguintes fatores: 1) a formação de um sistema de valores humanísticos altruístas; 2) incitação de fé e esperança; 3) a cultura de sensibilidade em relação ao outro; 4) relação de ajuda-confiança; 5) a promoção e aceitação de sentimentos positivos e negativos; 6) uso sistemático da criatividade para resolver problemas do cuidar; 7) ensino-aprendizagem transpessoal; 8) ambiente de apoio, proteção e/ou de neutralização mental, física, sociocultural e espiritual; 9) satisfação das necessidades humanas; 10) tolerância para com forças espirituais-fenomenológicas-existenciais.

Grossemann e Patrício¹² comentando o estudo sobre o cuidado de Patrício⁵¹ no tocante a Leininger, colocam que:

o "cultivar a vida"- seja para promover a saúde ou para tratar problemas que limitam o processo de viver saudável, pressupõe a integração entre razão e sensibilidade como atributo da qualidade das interações que o ser humano desenvolve com outros seres humanos e com a natureza não cultural."

Assim, o processo de cuidar envolve componentes éticos e estéticos de bem viver individual-coletivo num dado ambiente, tendo em vista a complexidade e a diversidade das múltiplas interconexões que se constrói na história da vida, desde o primeiro ambiente o útero materno [...].

Patrício⁵² ainda destaca que:

O cuidado refere-se às atividades, aos processos e às decisões (diretas e indiretas) dirigidos ao indivíduo, grupo ou comunidade em situações de saúde e doença. (evidentes ou potenciais). Constitui-se, em "necessidade" e "recurso" do homem."

"Atos de cuidar ajudam, protegem e desenvolvem. Reduzem estresses e conflitos, possuem dimensão biológica, psico-espiritual, sócio-cultural e ecológica. São influenciados pela cultura (incluindo aprovação e expectativa social e regras), pelo conhecimento, nível de desenvolvimento, tempo, nível de estresse e preocupação e afetividade com a pessoa que necessita de cuidado e por outros recursos disponíveis para sua efetivação."

Sendo o cuidado direto, aquelas reflexões, atividades, ações e decisões feitos diretamente ao indivíduo ou grupo "*visando atender as necessidades de cuidado em situações individuais ou coletivas*". E o indireto¹ seria aquele realizado através de outras pessoas. O exemplo típico é o profissional envolvido em atividades de chefia, de planejamento ou estruturação de equipes ou serviços de saúde, que embora também tenha como objeto de trabalho a satisfação de necessidades em saúde individuais e coletivas, ele se limita a agir para que outros tenham melhores condições para diretamente exercer o cuidado.

Esta visão de atividades de planejamento e estruturação como sendo parte integrante do cuidado em saúde também é corroborada pela visão sistemática do médico sanitaria Emerson Elias Merhy². O autor descreve o cuidado como sendo "a alma dos serviços de saúde", permeando os atos de cada profissional do setor como pertencente a um "núcleo das atividades cuidadoras da saúde" que seria comum a cada categoria profissional ^{11,12}, seja aquela pessoa responsável pela limpeza, pela segurança, pela parte administrativa, ou as que cuidam diretamente do usuário/paciente.

O autor, em outro texto¹¹, segue dizendo que o processo de transformação da saúde “deve-se apontar para um modo de articular e contaminar o núcleo mais estruturado, o mais específico”, aquele próprio e praticamente exclusivo de cada profissional, que atualmente é o mais valorizado, que deve ser influenciado pelo núcleo mais amplo e necessário, e menos normalizado, que é o cuidador, “publicizando este processo no interior de uma equipe de trabalhadores”.

Neste caso, continua Merhy, concordam com ele Carraro⁷⁰ e Campos et al³ vê-se:

que o núcleo cuidador é o que deverá se impor, o que favorecerá inclusive a diminuição das relações de dominação que se estabelecem entre os vários profissionais, como representantes de certos interesses e modos de operá-los no interior dos modelos de atenção. E, mais ainda, pode-se abrir a partir deste núcleo em comum, o cuidador, um espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório.

Uma vez sendo o cuidar um núcleo comum das diferentes profissões da saúde, concluo que embora os principais teóricos do cuidado sejam enfermeiros e tenham escrito para e sobre o cuidado da enfermagem, não vejo problemas em transpor suas idéias e opiniões para outras categorias, inclusive a médica.

6.3 Atitudes frente a situações especiais

6.3.1 Pacientes Terminais

Quanto às atitudes frente a situações especiais as falas nas entrevistas foram bastante completas. Aqui vou destacar três situações, o médico como cuidador de si mesmo, o cuidado com paciente terminal e o auto-cuidado.

Revisando a literatura frente ao paciente terminal, encontrei dois artigos que resolvi resumi-los aqui.

O primeiro é de Almeida e Nascimento⁷¹ e o segundo de Ballone⁷².

O artigo de Celso Fortes e Maria Fernanda é muito pertinente para o médico cuidador de pacientes terminais. A citação: “A missão tradicional do médico é aliviar o sofrimento humano; se puder curar, cura; se não puder curar, alivia; se não puder aliviar, consola”, dá bem a dimensão da missão do médico e nos lembra das nossas limitações e das limitações da técnica que utilizamos em nosso trabalho de preservação e manutenção da vida.⁷¹

Todas as pessoas em todas as épocas e em diferentes fases da vida da mesma pessoa e em todas as culturas tem uma forma de ver e abordar a morte e os sentimentos que tal situação desperta. Temos desde o tabu de não se pensar ou se falar no e deste assunto, ou as visões de que a morte não é o fim da vida, mas uma passagem para outra forma de existência, conforme pregam muitas religiões ou filosofias, ou ainda, na visão materialista,

“dos filósofos iluministas do século XVIII, a morte é o fim total e absoluto, é nada mais do que a interrupção de um processo neurofisiológico, um mero evento biológico. Mas esse enfoque vem desde Epicuro. Segundo ele, a morte se caracterizaria pela ausência de sensações, pois, o morto não sente. Seguindo esse raciocínio, não deve ser boa nem ruim a morte, uma vez que só há bom e ruim na sensação, e a morte é ausência de sensação. De fato, as sensações representam a porta de entrada de nossa consciência, a qual nos dará a noção de nosso sujeito (nosso corpo) e de nosso objeto (do mundo ao qual contactamos pelas sensações). Como a morte é ausência das sensações, e estas representam a fonte de todo o prazer e de toda dor, não pode haver nada de bom nem de ruim, nem prazer nem dor, depois da morte⁷¹.”

Para o médico que lida diariamente com a possibilidade de ter um paciente perdido, e para as pessoas de maneira geral, a reflexão que o filósofo Sócrates, condenado a morte por ingestão de um veneno letal, nos deixou é adequada para começarmos a tratar com um pouco de maior profundidade este assunto: “Porque morrer é uma ou outra destas duas coisas. Ou o morto não tem absolutamente nenhuma existência, nenhuma consciência do que quer que seja. Ou, como se diz, a morte é precisamente uma mudança de existência e uma migração para a alma, deste lugar para outro”.⁷¹

De um modo geral, descontando as defesas das reflexões *zen*, das meditações transcendentais e de toda sorte de subterfúgios do medo e do temor do nada, a idéia da morte nos remete aos sentimentos de perda, portanto, em tese, nos desperta sentimentos dolorosos. Trata-se de uma espécie de dor psíquica, a qual muitas vezes acaba também gerando dores físicas, ou criando uma dinâmica incompreensível para quem a vida continua sorrindo.⁷²

Essa dor da perda da vida, leva a uma série de reflexões, tanto para quem está para morrer, pelas mais diversas razões, como para os que ficam, que perdem alguém.

É normal que esses momentos de reflexão, por todos os envolvidos, que levem a sentimentos “de tristeza, de finitude, de medo, de abandono, de fragilidade e insegurança.”⁷²

Para melhor compreensão do assunto, Elisabeth Kubler-Ross⁷³ descreveu, pela experiência, as reações perante a morte, em cinco estágios, conforme a seguir:

- Primeiro Estágio: negação e isolamento;
- Segundo Estágio: raiva;
- Terceiro Estágio: barganha;
- Quarto Estágio: depressão;
- Quinto Estágio: aceitação;

Cada um desses estágios tem suas próprias características, com maior ou menor intensidade, dependendo da visão de mundo, vida e morte, do paciente e daqueles que o cercam a respeito da morte.

Trazendo a visão desses estágios para o médico cuidador, Ballone⁷² que: “É claro que interessa, à psiquiatria e à medicina melhorar a qualidade da morte (como sempre tentou fazer em relação à qualidade da vida), que o paciente alcance esse estágio de aceitação em paz, com dignidade e bem estar emocional. Assim ocorrendo, o processo até a morte pôde ser experimentado em clima de serenidade por parte do paciente e, pelo lado dos que ficam, de conforto, compreensão e colaboração para com o paciente.”

Essa compreensão abre espaço para se desenvolver formas de o médico tratar os pacientes terminais, o que nos leva à *medicina paliativa*.

A visão trazida por Ballone⁷², é que a *medicina paliativa* ainda é incipiente no Brasil, não obstante já ser amplamente aplicada em outros países, como no Reino Unido, Austrália, Estados Unidos e Canadá, com mais de 6 mil centros desta modalidade de medicina, que trata de pacientes terminais.

No Brasil ela foi introduzida em 1983, pela Dra Míriam Marteleite no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, e ainda é “praticamente desconhecida dos médicos brasileiros.”⁷²

Ressalte-se que “paliativo é a qualidade de aliviar, e é o que mais interessa à pessoa que sofre, portanto, quando se fala Medicina Paliativa não se pretende, de forma alguma, atribuir um sentido pejorativo, minimizado ou frugal ao termo. Devemos ter cuidado quando alguém diz... “*esse medicamento é APENAS um paliativo*”, com intenção clara em atribuir alguma conotação pejorativa.”⁷²

A medicina paliativa não busca prolongar a vida do paciente terminal, nem tampouco refere-se à eutanásia. Busca-se, apenas, estar presente junto ao paciente terminal e seus familiares, oferecendo “conhecimentos médicos e psicológicos suficientes para o suporte físico, emocional e espiritual durante a fase terminal e de agonia do paciente, bem como melhorar a maneira de sua família e amigos lidarem com essa questão.” É uma forma de “cuidado médico e multiprofissional aos pacientes cuja doença não responde aos tratamentos curativos.”⁷²

Esta visão de cuidado médico leva a uma discussão sobre a quebra de tabu em relação ao tratamento dado à morte, e à *qualidade de vida na morte*, principalmente no meio médico, pois a maior dificuldade para esta forma de medicina ter o mesmo *status* das demais especialidades, “pode ser o preconceito universal existente em relação às condutas terminais, mais precisamente, em relação à morte.”

Trazer esta discussão para o meio acadêmico, principalmente na escola de medicina, é um nobre objetivo para a missão do médico cuidador, que deve ser preparado para tal.

O prolongamento da vida e o aumento da expectativa de vida no século XX, graças aos avanços tecnológicos, estão levando as pessoas, pela idade avançada, a sofrerem diversas doenças degenerativas, crônicas e muitas vezes, incapacitantes, o leva a muitos pacientes a categoria de *paciente terminal*.

“O estado mórbido que chamamos de Doença Terminal se caracteriza por algumas situações clínicas precisamente definidas, as quais se podem relacionar da seguinte forma:

- Presença de uma doença em fase avançada, progressiva e incurável.
- Falta de possibilidades razoáveis de resposta ao tratamento específico.
- Presença de numerosos problemas ou sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e alternantes.
- Grande impacto emocional (no paciente e familiares) relacionado à presença ou possibilidade incontestável da morte.
- Prognóstico de vida inferior a 6 meses”⁷².

Para estes casos, pacientes da *medicina paliativa*, deve-se buscar informar, ao paciente, “sobre o que está ocorrendo e sobre as possíveis questões que possam estar preocupando. Também a família deve estar sempre bem informada, especialmente quando os cuidados estiverem a cargo dela (Sánchez, 2000 citado por Ballone)⁷².”

A família é um fator importante para o cuidado dos pacientes terminais bem como, a própria família deve ser também *cuidada* e orientada “para que ela seja um bom suporte de auxílio ao paciente terminal, priorizando sempre as condições necessárias para manter o paciente em casa onde, seguramente, terá uma qualidade de vida melhor. Em casa ele estará cercado de carinho e atenção, o que pode minimizar o seu medo de morrer.”⁷²

É claro que esta abordagem levanta uma série questões ainda não tratadas no ambiente acadêmico, principalmente na escola de medicina, na formação dos novos médicos, haja vista os possíveis tabus ainda existentes em relação ao assunto.⁷²

Dentre as questões a serem abordadas está a visão de quando termina a medicina curativa e começa a medicina paliativa, para os pacientes terminais (haja vista a cultura vigente). “Diante do paciente terminal, quando a medicina já sabe que a doença venceu a guerra, não cabe mais ao médico a tentativa de cura, muitas vezes extremamente sofrível e estéril, mas assistir, servir, confortar e cuidar. Se pretendermos ajudar alguém nessa fase, seja terapêuticamente, medicamente ou humanamente, deveremos nos informar e nos preparar para lidar com a morte.”⁷²

Implica em aceitar as limitações técnicas da medicina (afinal ela não é toda poderosa em prolongar indefinidamente a vida com qualidade); em resgatar a visão de o que se pode fazer para melhorar a qualidade de vida, face à morte iminente; em conhecer os medos que todos nós temos em função do inevitável; em conhecer a morte e as formas de morrermos com dignidade e entre os que nos são queridos; em discutir a cultura e o medo da morte, utilizando todas as visões possíveis e adequadas sobre o assunto, tanto filosóficas quanto religiosas, cabendo “ao terapeuta terminal cabe escolher a melhor situação ideológica que atende à pessoa terminal. Preferentemente, devido à sensibilidade natural das pessoas e às influências culturais, o apelo religioso deve ser considerado em primeiro lugar.”⁷²

6.3.2 Médico cuidando de médicos

Já quanto ao médico como cuidador de médicos, ou o médico como paciente, o livro de Meleiro (1999) com o mesmo título é bastante elucidativo.

A autora⁸², médica, realizou um estudo, entre 01 de novembro de 1994 e 30 de junho de 1995, materializado no livro *O Médico como Paciente*, com a finalidade de obter e confirmar informações (Meleiro, 1995⁸²), de que “oitenta por cento” dos médicos mencionaram “a dificuldade em tratar o paciente médico (relação médico X paciente-médico).”

A amostra foi constituída de pacientes internados no Instituto do Coração - INCOR-HCFMUSP (Brasil), (...). Foram entrevistados 61 médicos, 76 advogados e 66 engenheiros internados, todos com alguma patologia cardíaca. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada, além de terem sido aplicadas as escalas para avaliar as funções cognitivas, a depressão e a ansiedade e um conjunto de questões de auto-avaliação elaborado pela autora desta pesquisa.⁸²

Existe todo um contexto cultural por trás dos profissionais da área médica, que leva às constatações e à confirmação de que realmente é mais difícil tratar um paciente médico.

Parte do problema é a visão que se tem do médico, por parte das pessoas não-médicas, e a visão que o próprio médico tem de si próprio e do meio em que vive. A autora cita que:

a imagem do médico idealizada como um benfeitor da humanidade, dotado de características de filantropia, de renúncia, comparado ao “sacerdócio”, deixando seus próprios interesses em prol dos pacientes, tem sofrido um rude golpe à medida que ocorrem mudanças sociais. As condições de trabalho se mostram piores, submetendo o médico a duras jornadas de trabalho, com salários vis, que dificultam a própria sobrevivência.⁸²

A pressão “do meio” em que vive o profissional médico é bem demonstrada na afirmação da autora “Muitos pessoas ficam alarmadas ao saber que seu médico sucumbiu a uma doença. Parece que médicos existem para tratar das pessoas doentes e, portanto, estão simplesmente “*proibidos de ficar doentes*”.. Relembrando um adágio popular: “*Duas coisas me custa crer, religioso pecar e médico adoecer*.” Ambos, o religioso (padre, pastor, rabino) e o médico, são seres humanos, e mesmo imbuídos dos seus respectivos papéis acabam por apresentar as “falhas humanas.”

Essas visões repercutem no profissional médico, em maior ou menor grau, exercendo a sua influência e prejudicando-o enquanto ser humano. Observa-se que o profissional médico está sujeito aos mesmos problemas de saúde que às demais pessoas, mas devido à sua visão de

mundo, são exacerbadas algumas patologias neste tipo de profissional. A autora relata que aos médicos estão sujeitos a um maior risco de:

depressão, suicídio, alcoolismo, abuso de substâncias. Todas as doenças podem ocorrer em médicos, mas há uma super-representação nas doenças afetivas (depressão unipolar e bipolar), dependência do álcool e outras substâncias psicoativas, conflitos de orientação sexual (AIDS), distúrbios alimentares (anorexia em estudantes e residentes do sexo feminino), quadros demenciais e de delirium. Entre as doenças físicas têm maior riscos as doenças cardiocirculatórias, doenças relacionadas ao abuso de álcool, nicotina e outras drogas e neoplasias.⁸²

O fato de ser médico leva a comportamentos diferenciados em relação aos demais profissionais e mesmo em relação às demais pessoas, quando se trata de sua própria doença. O auto-diagnóstico, a auto-medicação, a minimização do problema (face aos aspectos culturais citados), à demora em admitir que precisa de ajuda profissional, as diversas formas de *fuga* (álcool, drogas) e de tentativa de alívio de *stress*, o ego inflado em virtude dos conhecimentos técnicos possuídos pode levar a atitudes arrogantes, face aos demais profissionais que tratam o paciente médico; superficialidade da consulta ao colega, e o tratamento recebido, também em virtude dos conhecimentos técnicos possuídos, que pode ser de forma superficial, minimizam o problema e as formas de tratamento recomendadas, agravando a situação do médico doente.

A autora⁸² observa que tais atitudes são resultado do medo latente de o médico ter sua imagem denegrida perante o outro colega médico:

É comum o médico, diante de alguns sintomas, fazer consultas com amigos especialistas, pessoalmente ou por telefone, muitas vezes, sem mencionar que o paciente dos sintomas descritos é ele mesmo. Assim, medica-se por orientações ou sugestões de colegas que desconhecem estar diante do próprio paciente. O mesmo para alunos de Medicina que indagam a seus professores sobre informações de determinadas doenças de um “tio ou vizinho” e na verdade, são autoconsultas. A pessoa (médico e ou aluno) começa o discurso na terceira pessoa, e gradativamente passa a utilizar a primeira pessoa, mas não se colocam na posição de necessitar de ajuda, pois isto “parece” denegrir sua imagem.⁸²

Uma situação grave e preocupante em relação ao paciente médico é, em alguns casos, a tendência para o suicídio, face às características de sua profissão:

O hospital é a instituição marcada pela luta constante entre a vida e a morte. Nele estão as esperanças de melhora, de cura, de minimizar ou suprimir o sofrimento, mas também está a marca da morte, sempre alerta e presente, numa batalha constante diante das condutas terapêuticas. O profissional de saúde está preparado para a cura, mas frequentemente angustiado pela morte. Frente aos limites da realidade acaba sendo facilmente frustrado em suas necessidades de realização e reconhecimento, isto pode ser suficiente para produzir: ansiedade, depressão, somatização, hipocondria, abuso de álcool e outras drogas, podendo culminar com suicídio.⁸²

Além disso, a autora destaca como uma hipótese “as tendências materialistas que acreditamos existir entre os médicos, pois a morte lhes é familiar, em todas as suas formas, além de terem o meio do suicídio ao alcance das mãos.” Neste sentido a publicação do AMA-Council On Scientific Affairs (JAMA; 1987) ⁸² apresentou algumas hipóteses em relação ao comportamento dos médicos que cometem suicídio:

1. Manifestam especial vulnerabilidade ou experiências de eventos circunstanciais diferentes (recente perda profissional ou pessoal, problemas financeiros ou de licença) em relação aos outros médicos;
2. Tendem a trabalhar mais horas que os outros colegas;
3. Tendem a abusar de álcool e outras drogas;
4. Estão mais insatisfeitos com suas carreiras médicas que outros médicos;
5. Dão sinais de aviso da intenção de suicidar-se a outros;
6. Têm desordem mental e emocional com mais frequência;
7. Tiveram dificuldades na infância e seus problemas familiares são comuns;
8. Automedicam-se mais frequentemente que os outros colegas.

Observou-se, no resultado da pesquisa, em relação aos demais profissionais componentes da amostra que:

[...] os médicos diferiram estatisticamente dos advogados e engenheiros em alguns aspectos do processo do adoecer: motivaram-se menos para mudar suas vidas após a doença; ficaram mais ansiosos e irritados com o fato de estar doentes; não se preocuparam em ser bons pacientes; referiram maior satisfação com os cuidados da equipe de enfermagem; desaprovaram a condução do tratamento médico; confiaram menos na prescrição médica, seguindo-a pouco; preocuparam-se com os efeitos colaterais dos medicamentos, e menos com os efeitos benéficos; declararam gostar de ser informados sobre a medicação prescrita; tinham o hábito de tomar remédios por conta própria (auto-medicação) com maior frequência antes da internação; valorizaram pouco a atitude dos médicos em sua melhora. Vinte pacientes foram excluídos do estudo. Entre eles, o óbito nas primeiras 48 horas de admissão no Instituto do Coração, foi a razão para exclusão de cinco médicos, um advogado (nenhum engenheiro), além de dois outros médicos terem entrado em coma nas primeiras 72 horas da internação, evoluindo para óbito. Esses pacientes-médicos, conforme contato telefônico com a família, demoraram a procurar auxílio, chegando ao hospital com um grau de gravidade maior. Conclui-se que os médicos entrevistados, com um referencial diferente por ter (ou pensar ter) profundos conhecimentos na área médica, enfrentaram o processo de eles próprios adoecerem com características diversas em relação à população universitária estudada, sendo assim pacientes especiais e mais exigentes: apresentaram grande dificuldade de sair da posição vertical (de profissionais) para a posição horizontal (de pacientes). Dentro da população estudada ficou configurado ser o médico o pior paciente para ser tratado quando internado. ⁸²

As implicações dessas constatações, entre outras, deveria levar os profissionais médicos a refletirem sobre sua própria situação, enquanto médicos e enquanto pacientes, gerando uma cumplicidade positiva que levasse a um comportamento semelhante aos demais pacientes, quando paciente, e na recíproca, recebesse o mesmo tratamento de seus colegas.

A autora⁸² recomenda que:

Nossa classe deve tornar-se mais sensível às dificuldades existentes em tratar de um médico-enfermo e mais apta a reconhecer “o pedido de ajuda” de um colega e o próprio, sem contudo deixar de zelar pelos interesses do público.
A morte precoce de um médico é um desperdício de recurso humano.⁸²

É relevante que este conhecimento fizesse parte do conhecimento técnico ministrado no curso de medicina e das demais especialidades formadoras de profissionais ligados à saúde.

Segundo Patrício⁵² a *"necessidade do cuidado pode ser atendida"* de duas formas: 1) pelo próprio indivíduo ou grupo, *"na família e em outros grupos sociais, dentro de um contexto popular de saúde e 2) pelo profissional cuidador (dentro do sistema profissional de saúde)"*. O cuidado no contexto popular *"reflete crenças/valores, práticas e recursos locais sendo que a maioria dessas práticas foi desenvolvida através de experiências da vida diária, e relaciona-se com a estrutura social (parentesco, religião, economia e política)"*. Já o cuidado profissional:

tem sua base no aspecto personalizado, através da visão holística do homem, a partir de suas necessidades, problemas, crenças e valores, expectativas, atitudes e recursos que possui para o cuidado. É fundamentado em conhecimentos precisos, uso de instrumentos tecnológicos, técnicos e procedimentos de cuidado empiricamente conhecidos, e também nos elementos do "cuidado popular."⁵²

Carraro⁷⁴ e Vaz⁷⁵ acrescentam ainda o cuidado de si, não apenas pelo exemplo, mas também pela melhora da empatia e da própria ação e atitude de cuidar do outro.

6.4 Percepção frente a diferentes áreas

As opiniões dos entrevistados nesta categoria são divergentes, antagônicas, até. Excetuando-se um médico que referiu desconhecer diferença do cuidado entre clínico por não ter prática com o público de uma das especialidades, os demais omitiram opiniões contundentes, variando desde um enfático "não há diferença" até falas que diferenciam o

cuidado não apenas entre clínicos e pediatras, mas comentam também a respeito dos cirurgões.

A literatura parece concordar com a não existência de diferença. Resta saber se a relevância do que é preconizado pela literatura, e trago aqui dois autores dos mais influentes entre suas áreas, tem o mesmo peso para pediatras e clínicos.

Eu penso que tem. Enquanto para clínicos, de forma geral, temas como cuidar e relação médico paciente é algo na prática como ilusório, idealizado, pertencente a uma ou duas aulas isoladas na graduação, e que ele pouco se interessa, ou tem pouco acesso durante sua prática clínica - pois dedica a maior parte do seu tempo de estudo médico para diagnóstico e tratamento de patologias - o pediatra, mesmo que não tenha como parte integrante de sua formação prévia (como um dom ou educação familiar), tem em seu "treinamento" como residente e parte integrante e constante de sua atividade cotidiana a puericultura, que tem muito da concepção de cuidar.

Até porque, conforme mencionaram alguns entrevistados, o clínico ao trabalhar com adultos, já os considera "educados" e "autônomos" em relação ao auto-cuidado, em contraste com a criança que é mais dependente e inspira intervenções cuidadoras por parte do pediatra com parte integrante de seu crescimento e desenvolvimento até a vida adulta.

O Tratado de Medicina Interna de Cecil⁷⁶ ao abordar a questão comenta:

Um médico pode diagnosticar e prescrever de maneira tecnicamente correta e científica, porém insensível. O paciente pode melhorar e, até mesmo curar-se, mas ainda assim, sentir-se insatisfeito com a interação [...] meu médico (cita como se fosse o paciente falando) se mostra sensível e compassível além da simples capacidade técnica? Os pacientes querem e merecem compaixão e compreensão. Eles querem que seu médico esteja interessado por eles como indivíduos que buscam conselhos, bem como alívio da dor, doença e do sofrimento. Querem sentir que podem compartilhar seus pensamentos mais profundos e os segredos mais caros ao seu médico. Em suma, desejam considerá-lo como um amigo digno de toda confiança [...]⁷⁶

E os autores ao falar de como pode ser desenvolvida tal habilidade diz:

Dar-se com naturalidade, delicadeza e intencionalmente, é para a maioria das pessoas, uma habilidade adquirida. Por vezes necessária uma profunda sensação de despertar interior para liberar a sensibilidade e compaixão inatas, que talvez não se tenham expressado desde a infância. Sendo características obrigatórias se quisermos ser médicos completos.⁷⁶

Saindo do campo mais relacional e entrando em um mais prático os autores continuam:

O paciente continua a precisar de ajuda para compreender sua doença, lidar com suas interações familiares e encontrar um ouvinte interessado, quando está sofrendo muito. Ele freqüentemente precisa de ajuda para obter o auxílio médico adicional necessário de especialistas e consultores, bem como a

ajuda pessoal para lidar com processos que envolvem situações familiares e pessoais. Muitos pacientes necessitam de um elo com sistemas de apoio comunitário ou social.⁷⁶

E ao discorrer sobre o médico como um profissional cita⁷⁶ o American Board of Internal Medicine:

o profissionalismo na medicina interna compreende os atributos e comportamentos que servem para manter os interesses do paciente acima dos próprios interesses. a) Um compromisso com os mais altos padrões de excelência na prática da medicina, assim como na geração e disseminação do conhecimentos; b) Um compromisso com as atitudes e os comportamentos que mantêm os interesses e o bem-estar dos pacientes; c) Um compromisso de ser sensível às necessidades de saúde da sociedade. O profissionalismo aspira altruísmo, responsabilidade, excelência, dever, serviço, honra, integridade e respeito pelos outros.⁷⁶

Já Leoni e cols. ao discorrerem sobre a pediatria colocam que "ela tem duas formas de atividade: a "Puericultura", que cuida da manutenção das condições de normalidade e a Clínica Pediátrica, ou Pediatria Curativa, que cuida de sua restauração quando alterada."⁷⁷

E continua: "É um campo peculiar da medicina, diverso das especialidades em geral. Enquanto estas cuidam dos problemas de um órgão, de um aparelho ou de um sistema, a pediatria cuida dos problemas de um período de vida. Equiparando-se somente geriatria."⁷⁷ Aqui entendo que fazendo um paralelo com a atualidade poderia ser percebido algo semelhante ao que afirma o autor se considerar que existe uma maior valorização social dos pediatras gerais do que dos clínicos gerais, mesmo que esta tendência tenha sofrido mudanças.

Ao falar sobre amplitude de ação coloca que "a assistência à criança precede a fecundação, através da higiene pré-concepcional (seleção e aconselhamento genéticos, tratamento de doenças de um ou outro cônjuge que pode afetar o futuro ser), da higiene pré-natal e da higiene natal".⁷⁷

Existe pelo pediatra toda uma preocupação com a criança, a família e o ambiente da criança, ⁷⁶com análise de campos de saber como a Ecopediatria. Ou ainda com o crescimento e o desenvolvimento da criança.

Os autores⁷⁷ subdividem a Puericultura em Higiene (ou atenção) Alimentar, Mental, Antiinfeciosa; Física e Aspectos Odontológicos na Infância. Estendendo-se a vários aspectos da vida do paciente e familiares, desenvolvendo atividades educativas e preventivas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendo que os objetivos do trabalho foram alcançados, tendo sido possível identificar e conhecer a concepção e prática do cuidado em saúde dos entrevistados, que é muito heterogênea. Também fazer a comparação entre concepção e prática do cuidado entre clínicos e pediatras.

A metodologia proposta de estudo de caso com a análise qualitativa dos dados obtidos mediante um roteiro semi-estruturado em profundidade se mostrou muito útil para realização deste trabalho. Minhas expectativas quanto a esta pesquisa foram superadas, sendo possível não apenas conhecer a temática abordada, mas realizar uma auto-avaliação frente ao meu cuidado em saúde.

A partir do visto no trabalho, minhas principais considerações são que os médicos entrevistados, de forma geral, cuidam mesmo sem saber que o fazem (confirmando pressuposto inicial). O pediatra é um profissional cuidador. Contribuem para isso a empatia que tem pelas crianças e o fato de durante sua formação e prática médica exercer mais constantemente o cuidado em saúde.

Entendo como cuidado em saúde, seria toda ação realizada pelo cuidador destinada a suprir a necessidade em saúde de quem é cuidado, seja este um sujeito individual ou coletivo.

Como o curso de medicina da UFSC está passando por um momento de reestruturação de seu processo de formação - com uma maior interface junto ao paciente desde o começo até o final do curso - tenho grandes esperanças de, apesar dos problemas, conseguirmos obter gerações de profissionais melhores cuidadores.

Penso que a presença e a interação com a rede de saúde, além do contato com outros profissionais da saúde gerará uma oportunidade de aprendizado para um melhor relacionamento médico-paciente e por sua vez um melhor cuidado.

Faz-se necessário mais momentos de práxis do cuidado nos cursos de medicina. Precisa-se ter um momento de reflexão sobre a prática e planejar momentos de correção de trajetória. Aproveitando todas as oportunidades de aprendizado com os pacientes, inclusive aquelas em que acompanhamos nossos professores e eles desempenham o chamado currículo oculto.

Espaços como a Residência Multi-Profissional em Saúde da Família e os momentos de Discussão de Caso Clínico Comunitário devem ser bem aproveitados. Incentivando, se possível, outros espaços de reflexão e prática do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Patricio ZM. Processo de trabalho da enfermagem frente as novas concepções de saúde: repensando o cuidado/propondo o cuidado (holístico). *Texto & Contexto Enf.* 1993 Jan./Jun; 2(1):53-66.
2. Merhy, EE. [homepage da internet]. O Ato de Cuidar. In: Ministério da Saúde, Vigências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil- Ver-SUS [acesso em 2001 Out 21]. Disponível em: <http://www.ccs.ufpb.br/nesc/caderno%20de%20textos.pdf>
3. Campos FE, Santana JP, Cherchiglia ML. Curar e cuidar: as novas atribuições do médico na equipe de saúde da família. In: Alves CRL, Viana MRA. *Saúde da família: cuidando de crianças e adolescentes*. Belo Horizonte, MG: COOPMED; 2003. P. 15-18.
4. Conferência Nacional de Saúde (CNS) [homepage na internet]. Relatórios da 1, 3, 5, 6, 7,8,9,10,11 e 12 CNS. [acesso em 2005 Dez. 12]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>
5. Brasil, Ministério da Saúde. Projeto Promoção de Saúde: Declaração de Alma Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. Ferreira RA. [homepage na internet]. A medicina atual-biológica e tecnológica. [acesso em 2005 Fev. 6] Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/edump/ped/biotec.htm> .
7. Da Ros MA. A ideologia nos cursos de medicina. In.: Marins JJN, Rego S, Lampert JB. *Educação médica em transformação: instrumentos para construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; 2004. P. 224-244.
8. Merhy, EE. A dimensão cuidadora da produção em saúde: e a tensão dos núcleos de competência profissionais na produção dos modelos de atenção. In: Merhy, EE. *O SUS em Belo Horizonte*. São Paulo, SP: Xamã;1998.
9. Guerreiro LT, Machado AC, Maravilha CA. [homepage na internet]. A visão antropológica do cuidado nos serviços de saúde. [acesso em 2004 Nov. 15] Disponível em: <http://www.pec.uem.br/dcu/Trabalhos/6-laudas/GUERREIRO,%20Lidiane%20Trindade.pdf> .
10. Laplantine F. *A antropologia da doença*. São Paulo, SP: Martins Fontes; 1991.
11. Merhy, EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: Merhy, EE *O SUS em Belo Horizonte*. São Paulo,SP: Xamã; 1998.
12. Grosseman S, Patrício Z. *A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios*

- para promoção da educação médica. Rev Bras Educ Med. 2004 Mai/Ago; 28(2):99-105.
13. Becker HS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 2 ed. São Paulo: HUCITEC; 1994.
 14. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 3. ed. São Paulo: Atlas; 1991.
 15. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
 16. Tobar F, Romano Yalour M. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
 17. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 1994.
 18. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4 ed. São Paulo: Atlas; 1994.
 19. Freitas FL, O grupo de saúde no cotidiano de pacientes portadores de diabetes mellitus: estudo de caso na unidade de saúde Costeira do Pirajubaé.[trabalho de conclusão de Curso]. Florianópolis(SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
 20. Almeida Filho N. O conceito de saúde e a vigilância sanitária: notas para compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde. Brasília: ANVISA; 2000.
 21. Rumel D, Toscano CM, Mengue SS, Duncam BB. Condições de saúde da população brasileira. In: Duncam BB. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: ARTMED; 2004.
 22. Ros, MAD. Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção FSP-USP e ENSP-Fiocruz entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwick Fleck. [Tese] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Doutorado em Educação e Ciência; 2000.
 23. Alcântara P. Introdução ao estudo da pediatria. In: Marcondes E et al. Pediatria Básica. 8 ed. São Paulo: Sarvier; 1994. volume 1
 24. Coelho MTAD, Almeida Filho N. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais em saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003. P.101-113.
 25. Foucault M. O nascimento da clínica. 5 ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 1998.
 26. Foucault M. A história da loucura. São Paulo (SP): Perspectiva; 2002.

27. Canguilhem G. O normal e o patológico. 5 ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 2000.
28. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e a reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO. Inventando a mudança na saúde. 2 ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.
29. Helman.C.G. Antropologia Médica e Atenção Primária à Saúde.In: Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária-2ª edição. Porto Alegre. Editora Artmed, 1996.
30. Knauth DR, Oliveira FA. Antropologia e atenção primária a saúde. In: Duncam BB. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: ARTMED; 2004.
31. Ferreira J. O corpo signico: saúde e doença um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
32. Boff L. O despertar da águia: o dia-bólico e o sim-bólico na construção da realidade. Petrópolis (RJ): Vozes; 1998.
33. Gama LA. Educação Popular em Saúde-Reflexões sobre os conceitos e a prática do estudante de Medicina da UFSC. [Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Medicina] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
34. Cutolo LRA. Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em Medicina da UFSC. [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Doutorado em Educação; 2001.
35. Rosen G. Da polícia médica a medicina social. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
36. Arouca AS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. [Tese]. Campinas: UNICAMP; 1975.
37. Paim J, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Saúde; 2000.
38. Pustai OJ. O sistema de saúde no Brasil. In: Duncam BB. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: ARTMED; 2004.
39. Westphal MF, Almeida ES. Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.
40. Fernandes JCL. A quem interessa a relação médico paciente? Cad. Saúde Pública, Jan./Mar. 1993, vol.9, no.1, p.21-27.
41. Ballint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.
42. Caprara A, Franco ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da

- prática médica. Cad. Saúde Pública, jul./set. 1999, vol.15, n^o3, p.647-654.
43. Grosseman S, Patrício ZM. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. Revista brasileira de Educação Médica 2004 Mai/Ago.; 28(2): 99-105.
 44. PUCCINI PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad. Saúde Pública, set./out. 2004, vol.20, no.5, p.1342-1353.
 45. Leininger MM; Care : the essence of nursing and health; Thorofare, NJ, 1984.
 46. Boehs AE. A narrativa no mundo dos que cuidam e são cuidados. Rev. latino-am.enfermagem 2000 Jul; 8 (3): 5-10.
 47. Watson J.[homepage da internet]. Tranpersonal caring and the caring moment defined. [acesso em 2005 Ago 3]. Disponível em:
<http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/transpersonal.asp> .
 48. Maia ARR. O cuidado na perspectiva dos clientes atendidos em ambulatório. Texto e Contexto Enfermagem 1998 maio/ago; 7(2):133-150.
 49. Bobroff MCC. Identificação de comportamentos de cuidado afetivo-expressivo nos alunos de enfermagem: construção de instrumentos. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2003. [acesso em 2005 Ago 02]. Disponível em:
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-19102004-150714/publico/mestrado.pdf>
 50. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.
 51. Patrício ZM. A dimensão felicidade-prazer no processo de viver individual e coletivo: uma questão de bioética numa abordagem holístico-ecológica. [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1995.
 52. Patrício ZM. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. Texto Contexto Enf. 1992 Jan/Jun; 1(1):89-106.
 53. Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito. [Tese] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1991.
 54. Leopardi MT. Necessidade de saúde e cidadania. Revista Texto e Contexto Enfermagem 1992; 1(1): 54-73.
 55. Mendes Gonçalves RB. Prática de saúde: processo de trabalho e necessidades. Caderno CEFOR. São Paulo: CEFOR; 1992.
 56. Doyal YL, Gough I. A teoria da necessidade humana. Nova York: Guilfold; 1991.
 57. Iunes RF. Demanda e demanda em saúde. Brasília: Ministério do Planejamento e Orçamento: IPEA.; 1995.

58. Matsumoto NF. A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: USP; 1999.
59. Piccini RX, Facchini LA, Santos RC. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Preparando a transformação da educação médica brasileira: projeto CINAEM III fase: relatório 1999-2000 / CINAEM. Pelotas (RS): UFPel; 2000. p. 284-5.
60. Dussault G, Souza LE. Gestão de recursos humanos em saúde no âmbito nacional [workshop]. São Paulo: USP; 2000.
61. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. [e-mail] Campinas: UNICAMP; 2001.
62. Gallo E. CINAEM III fase. Transformação do Ensino Médico no Brasil. Dispositivos inovadores para as escolas médicas: oportunidades do ambiente externo. Pelotas: UFPel; 2000.
63. Lampert Avaliação do processo de mudança na formação médica In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (Orgs.). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004.
64. I Seminário de avaliação da reforma curricular do curso de medicina da UFSC . [homepage da internet]. Florianópolis: UFSC; 2004. [acesso em 2005 Nov. 18]. Disponível em: <http://www.medicina.ufsc.br/avaliacaoreforma.pdf> .
65. Albizuri E. O novo currículo de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina: uma análise comparativa entre as bases teóricas da mudança e a atual situação da reforma curricular [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
66. Feuerwerker LMC. A formação de médicos especialistas no Brasil. [homepage da internet]. In.: Chaves ITS et al. Cadernos de textos para subsidiar as discussões sobre residência médica nas coordenações locais da DENEM. [acesso em 2006 Fev. 14] Disponível em: <http://www.denem.org.br/2005/arquivos/1123095295737.doc>
67. Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao SUS. Cadernos de Saúde Pública 1996 Nov./Dez.
68. Brasil. Ministério da Saúde 2004. O SUS e as especializações em área profissional realizadas em serviço. [homepage da internet]. In.: Chaves ITS et al. Cadernos de textos para subsidiar as discussões sobre residência médica nas coordenações locais da DENEM. [acesso em 2006 Fev. 14] Disponível em: <http://www.denem.org.br/2005/arquivos/1123095295737.doc>
69. Watson J. [homepage da internet]. Theory evolution. [acesso em 2005 Ago 3] Disponível em: <http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/evolution.asp>
70. Carraro V. [homepage da internet]. O cuidado profissional e o cuidado de si. [acesso em 2006 Jan 10] Disponível em:

<http://www.ufrgs.br/eenf/DisciplinasEnf/enf01001/cuidadoprofissional.doc>.

71. Almeida CF, Nascimento MFC. [homepage da internet] Origens do medo da morte. [acesso em 2006 Fev 3]. Disponível em:
http://celsofortes.sites.uol.com.br/tanatol_2.htm.
72. Ballone GJ. [homepage da internet]. Lidando com a Morte. In: PsiquWeb Psiquiatria Geral; 2002.[acesso em 2005 Dez. 12]. Disponível em:
<http://sites.uol.com.br/gballone/voce/postrauma.html>.
73. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
74. Carraro V. [homepage da internet]. O cuidado profissional e o cuidado de si. [acesso em 2006 Jan. Disponível em:
<http://www.ufrgs.br/eenf/DisciplinasEnf/enf01001/cuidadoprofissional.doc> .
75. Vaz P. [homepage da internet] Um corpo com futuro. [acesso em 2005 Fev 9]. Disponível em:
<http://www.eco.ufrj.br/ciberidea/equipe/pdf/paulovaz/umcorpocomfuturo.pdf> .
76. Fred LG, Bennett JC. A medicina como vocação e profissão In. Goldmann, Bennett JC. Cecil, tratado de medicina interna. Rio de Janeiro: Guanabara Konann; 2001.
77. Leoni C. et al. Puericultura. In: Marcondes E. Pediatria básica. São Paulo: Sarvier; 1994.
78. U.S. Census Bureau. Population division [homepage da interenet]. U.S. POPClock projection. [acesso em 2006 Fev 3]. Disponível em:
<http://www.census.gov/population/www/popclockus.html>
79. Gois A. [homepage da internet]. Médicos não sabem usar a tecnologia, diz ex-secretário. Folha de São Paulo 2006 Fev 6. [acesso em 2006 Mar 3]. Disponível em:
<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc0602200616.htm>.
80. Srougi M. [homepage da internet]. Alguma coisa está errada por aqui. Folha de São Paulo, Folha Cotidiano 2006 Fev 24 [acesso em 2006 Mar 3]. Disponível em:
<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2402200625.htm>
81. IBGE [homepage da internet] Estimativas preliminares para 1º de julho de 2004. [acesso em 2006 Mar 3]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2005/estimativa.shtm?c=1>
82. Meleiro AMAAS. O médico como paciente. São Paulo. Lemos Editorial 2000

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normalização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de novembro de 2005.

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Meu nome é **Guilherme Ramos Sens**, estudante de medicina da 12a. fase da Universidade Federal de Santa Catarina, matriculado pelo numero 9825423-5 e estou desenvolvendo a pesquisa ***“O MÉDICO E O CUIDAR EM SAÚDE: um estudo de caso com clínicos e pediatras que exercem atividades docentes em um Hospital Universitário”***, com o objetivo de conhecer a concepção de cuidado em saúde dos docentes das áreas de clínica médica e pediatria de um Hospital Escola e a aplicação de tal concepção na sua prática profissional cotidiana.

O cuidado em saúde tem sido subestimado frente ao desenvolvimento tecnológico da medicina, e o médico muitas vezes cuida sem saber que o faz. Entretanto o cuidado em saúde é a própria essência da medicina. Por isso, se faz necessário conhecer a visão dos médicos sobre o cuidar e teorizar sobre o tema.

Os procedimentos metodológicos para realização deste estudo de caso são de natureza qualitativa, utilizando entrevistas como técnica e instrumento de coleta de dados. O material coletado só será utilizado com seu consentimento. E o que for relatado será gravado em fita e após transcrição serão devolvidos para verificação e aprovação do entrevistado. Após isto será feita então a análise e categorização dos dados. Assegura-se que nenhuma etapa traz riscos nem desconfortos aos envolvidos (além do tempo despendido com a entrevista e validação).

Espera-se que a pesquisa possa trazer benefícios para o desenvolvimento de um cuidado médico mais aprimorado. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato, a qualquer momento, pelo telefone (48) 32400118 ; 91 11 12 13. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho uma vez que se garante o anonimato.

Assinaturas:

Pesquisador principal _____

Pesquisador responsável _____

Eu, _____ fui esclarecido sobre a pesquisa: **“O MÉDICO E O CUIDAR EM SAÚDE: um estudo de caso com clínicos e pediatras que exercem atividades docentes em um Hospital Universitário”** e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, _____ de _____ de 2006

Assinatura: _____

RG: _____

Trabalho de Conclusão de Curso de Guilherme Ramos Sens.

“O MÉDICO E O CUIDAR EM SAÚDE: um estudo de caso com clínicos e pediatras que exercem atividades docentes em um Hospital Universitário”,

Caro colaborador(a), esta folha é sua,

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato, a qualquer momento, pelo telefone (48) 32400118 ; 91 11 12 13. Ou mesmo por e-mail: guilhermeramosens@yahoo.com.br

Segue cópia do texto inicial,

Muito obrigado pela colaboração,

Guilherme Ramos Sens

(...)

Meu nome é **Guilherme Ramos Sens**, estudante de medicina da 12a. fase da Universidade Federal de Santa Catarina, matriculado pelo numero 9825423-5 e estou desenvolvendo a pesquisa ***“O MÉDICO E O CUIDAR EM SAÚDE: um estudo de caso com clínicos e pediatras que exercem atividades docentes em um Hospital Universitário”***, com o objetivo de conhecer a concepção de cuidado em saúde dos docentes das áreas de clínica médica e pediatria de um Hospital Escola e a aplicação de tal concepção na sua prática profissional cotidiana.

O cuidado em saúde tem sido subestimado frente ao desenvolvimento tecnológico da medicina, e o médico muitas vezes cuida sem saber que o faz. Entretanto o cuidado em saúde é a própria essência da medicina. Por isso, se faz necessário conhecer a visão dos médicos sobre o cuidar e teorizar sobre o tema.

Os procedimentos metodológicos para realização deste estudo de caso são de natureza qualitativa, utilizando entrevistas como técnica e instrumento de coleta de dados. O material coletado só será utilizado com seu consentimento. E o que for relatado será gravado em fita e após transcrição serão devolvidos para verificação e aprovação do entrevistado. Após isto será feita então a análise e categorização dos dados. Assegura-se que nenhuma etapa traz riscos nem desconfortos aos envolvidos (além do tempo despendido com a entrevista e validação).

Espera-se que a pesquisa possa trazer benefícios para o desenvolvimento de um cuidado médico mais aprimorado. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato, a qualquer momento, pelo telefone (48) 32400118 ; 91 11 12 13. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho uma vez que se garante o anonimato.

Ficha catalográfica elaborada por Silvana Beatriz Bueno CRB14/908.

610
S478m

Sens, Guilherme Ramos

O médico e o cuidar em saúde: um estudo de caso com clínicos e pediatras que exercem atividades docentes em um Hospital Universitário / Guilherme Ramos Sens - Florianópolis, 2006.

Orientador: Profa. Dra. Suely Grossemann

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Medicina. 2. Saúde. 3. Cuidado. 4. Clínicos. 5. Pediatras. I. Grossemann, Suely. II. Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Medicina. III. Título.

CDD – Dewey for Windows versão eletrônica 1.2/1999

CDD - 610